



Hyvinvointia edistävät kotikäynnit Kemissä keväällä 2011

Hanna Isto, Jenni Pirttimaa, Kati Pohjanen

Sosiaali – ja terveysalan opinnäytetyö
Vanhustyön koulutusohjelma
Geronomi (AMK)

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Vanhustyö

Koulutusohjelma:	Vanhustyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön tekijä(t):	Hanna Isto, Jenni Pirttimaa, Kati Pohjanen
Opinnäytetyön nimi:	Hyvinvointia edistävät kotikäynnit Kemissä keväällä 2011
Sivuja (joista liitesivuja):	39 (11)
Päiväys:	3.11.2012
Opinnäytetyön ohjaaja(t):	Sari Arolaakso-Ahola & Seppo Kilpiäinen
<p>Opinnäytetyömme aiheena on hyvinvointia edistävät kotikäynnit Kemissä keväällä 2011. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten 75-vuotiaat kemiläiset kokevat oman terveydentilansa ja toimintakykynsä. Lisäksi tutkimme sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä, kemiläisten 75-vuotiaiden koetusta terveydestä ja toimintakyvystä sekä sosiaalisen verkoston vaikutuksesta.</p> <p>Teoreettisessa viitekehyksessä käsittelemme terveyden ja toimintakyvyn kokemista sekä sosiaalista verkostoa. Opinnäytetyössämme määrittelemme hyvinvointia edistävän kotikäynnin käsitteen ja esittelemme tutkimuksia hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä Suomessa ja ulkomailla. Tutkimusjoukkona on kemiläiset 75-vuotiaat kotona asuvat, jotka eivät kuulu säännöllisen palvelun piiriin. Tutkimusaineisto koostuu 63 puolistrukturoidusta kyselylomakkeesta. Aineiston analyysin teimme SPSS- ohjelman avulla.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella 75-vuotiaat kotona asuvat kokevat terveytensä ja toimintakykynsä varsin hyväksi. Sosiaalisen verkoston yhteys terveyteen ja toimintakykyyn ei ollut niin selvä kuin oletimme. Tällä tutkimuksella ei pystytty osoittamaan sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn.</p>	
<p>Asiasanat: koettu terveys, toimintakyky, sosiaalinen verkosto, hyvinvointia edistävä kotikäynti</p>	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Human Ageing and Elderly Service

Degree programme:	Degree Programme in Human Ageing and Elderly Service
Author(s):	Hanna Isto, Jenni Pirttimaa, Kati Pohjanen
Thesis title:	Preventive home visits in the spring of 2011 in Kemi
Pages (of which appendixes):	39 (11)
Date:	3.11.2012
Thesis instructor(s):	Sari Arolaakso-Ahola & Seppo Kilpiäinen
<p>Our thesis topic is Preventive home visits of the spring 2011 in Kemi. The purpose of the study is to find out how 75-year-olds, who live in Kemi, experience their state of health and functional capacity. We also investigate the impact of the social network with perceived health, and functional capacity. The aim is to provide information on welfare home visits, 75-year-old scenario operational capability, as well as the health and social network.</p> <p>The theoretical frame of reference we are experiencing, as well as the capacity of the health and social network. Thesis in our work, we define the concept of well-being home visit and we will present studies on the welfare home visits in Finland and abroad. Study of a set is 75-year-old who live in their home in Kemi and who don't fall within the scope of the regular service. Research material consists of 63 half of the structured questionnaire. We did an analysis of the material in the SPSS program.</p> <p>On the basis of the results 75-year-old experience that their health and functional capacity is good. The social network connection in health and functional capacity wasn't as clear as we expected. In this study we could not demonstrate any effect on the social network, as well as perceived health functioning.</p>	
Asiasanat:	perceived health, functional capacity, social network, preventive home visit

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA SOSIAALISEN VERKOSTON TUKENA.....	7
2.1 Terveiden kokeminen.....	7
2.2 Toimintakyky ja sen kokeminen	10
2.3 Sosiaalinen verkosto.....	12
2.4 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	23
4 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	24
4.1 Tutkimuksen mittari.....	25
4.2 Aineiston analyysi.....	25
4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	26
5 TULOKSET	27
6 POHDINTA.	33
LÄHTEET	37
LIITEET	39

1 JOHDANTO

Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Myös väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja yli 65-vuotiaiden määrä sataa työikäistä kohden nousee tulevaisuudessa (Tilastokeskus 2012.)

Väestön ikärakenteen muuttuessa yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntia kehittämään ikäihmisten palveluita yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja kuntalaisten kanssa paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Sen avulla ikääntyneiden palveluita voidaan kehittää ja arvioida. Ehkäisevällä ja toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan huomata ajoissa palveluiden tarve. Puututtaessa varhain ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin, ehkäistään sekä ongelmien että toimintakyvyn alenemisen syntymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa ja lisäämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Ennaltaehkäisevien työmenetelmien avulla voidaan ylläpitää ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä, aktiivista osallistumista sekä vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Ehkäisevällä toiminnalla edistetään ikääntyneiden terveyttä ja lisätään toimintakykyisiä elinvuosia. Tällä tavalla voidaan siirtää säännöllisten sosiaali- ja terveysten palveluiden tarvetta. (Häkkinen & Holma 2004, 9.)

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteutettiin yhteensä 63 kemiläiselle 75-vuotiaalle keväällä 2011, joten opinnäytetyön aiheeksi valikoitui ”Hyvinvointia edistävät kotikäynnit Kemissä keväällä 2011”. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen ikääntyneen väestön kotona selviytymisen kannalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten 75-vuotiaat kotona asuvat kemiläiset kokevat oman terveydentilansa ja toimintakykynsä. Tutkimme myös sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä, kemiläisten 75-vuotiaiden koetusta terveydestä ja toimintakyvystä sekä sosiaalisen verkoston vaikutuksesta.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään määrällistä tutkimusotetta. Tutkimuksen pääongelmana on: ”Miten 75-vuotiaat kemiläiset kokevat oman terveydentilansa ja toimintakykynsä hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä keväällä 2011?”

2 HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA SOSIAALISEN VERKOSTON TUKENA

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. WHO:n määritelmää on arvosteltu voimakkaasti, koska tällaista tilaa ei kenenkään ole mahdollista saavuttaa. Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet sekä fyysinen että sosiaalinen elinympäristö, ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. Jokainen ihminen määrittää terveytensä omalla tavallaan. Lopulta tämä määritelmä on se tärkein. (Duodecim Terveyskirjasto 2011.)

Oma koettu terveys voi poiketa paljonkin lääkärin arviosta sekä muiden ihmisten käsityksestä. Ihminen saattaa tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä on vammoja tai sairauksia. Omakohtaiseen arvioon vaikuttaa voimakkaasti millaisessa ympäristössä hän elää sekä tavoitteet. Koetun terveyden tärkeä osa onkin riippumattomuus, autonomia, kyky ja mahdollisuus itse päättää teoistaan, toimistaan sekä huolehtia itsestään. Kun ihminen on oman elämänsä ohjaksissa, hän kokee terveytensä paremmaksi ja päinvastoin. (Duodecim Terveyskirjasto 2011.)

2.1 Terveyden kokeminen

Henkilön oma kokemus terveydentilastaan vaikuttaa merkittävästi hänen hyvinvointiinsa. Kun henkilö arvioi terveydentilaansa, kyse on kokonaisuudesta: mielenterveys, fyysinen tila, mutta myös taloudellinen tilanne vaikuttavat arviointiin. Jos henkilö kokee voivansa huonosti, kasvaa todennäköisyys saada mitattavissa olevia vaivoja, jotka voivat heikentää arjessa jaksamista. On osoitettu, että henkilön oma arvio terveydentilastaan on vahvasti samansuuntainen kuin mitä voidaan tutkia ulkoisilla mittareilla. (Häkkinen & Holma 2004, 35–36.)

Sairaudet ja toiminnanvajaudet eivät kerro koko totuutta terveydentilasta. Terveysteen liittyy lisäksi kokemuksellinen puoli, jota on selvitetty kysymällä ihmisiltä, millaiseksi

he arvioivat oman terveydentilansa. Yleensä arviot heikkenevät iän myötä, mutta eivät samassa suhteessa kuin sairastavuuslukujen perusteella olisi oletettavissa. 80-vuotiaista lähes puolet arvioivat terveytensä hyväksi. Tällainen ristiriita koetun terveydentilan ja lääketieteellisesti arvioidun terveyden välillä voi johtua siitä, että osaan sairauksista sopeudutaan. Lisäksi ihmiset arvioivat terveyttään suhteessa samanikäisten terveyteen, joten he pitävät itseään terveisinä 80- vuotiaina, mikä on eri asia kuin terve 20-vuotias. Tyypillisiä ikääntyneiden oireita ovat väsymys, erilaiset säröt, nivelkivut sekä heikkouden tunne. Myös muistin heikkeneminen ja univaikeudet ovat tyypillisiä ongelmia ikääntyneillä. Terveyden arvioinnissa korostuu omien kokemusten merkitys. Ikääntynyt tuntee oman kehonsa reaktiot, jolloin hän havaitessaan uusia ja ennen kokemattomia oireita voi alkaa selvittämään niitä. Toisaalta aiemmin esiintyneiden oireiden ilmestyessä hän tietää, että ne todennäköisesti häviävät aikanaan ilman varsinaisia hoitotoimenpiteitä. (Pohjolainen, Pertti.)

Kysymällä ihmisen omaa käsitystä terveydestään saadaan tietoa esimerkiksi hänen elämänlaadustaan, tyytyväisyydestään ja hakeutumisesta terveyspalvelujen piiriin. Ihmisen oma arvio terveydestä antaa yleisnäkemyksen tutkittavan terveydentilasta. Useissa tutkimuksissa terveyden oma arviointi on todettu ennustavan paremmin jäljellä olevaa elinaikaa verraten niin sanottuihin objektiivisiin terveystoimittareihin. Terveyden arvioinnin taakse kätkeytyy useita tekijöitä, jotka kaikki eivät liity lääketieteellisesti mitattavaan terveyteen, mutta ovat terveydentilan kannalta olennaisia. Arvio voi perustua esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin, toimintakykyyn, terveystottumuksiin, psyykkiseen hyvinvointiin tai sosioekonomisiin tekijöihin. Ikääntyneisiin liittyvät tutkimustulokset terveysarvioista ovat ristiriitaisia; joissakin tutkimuksissa terveysarviot heikkenevät iän myötä. Toisten tutkimusten mukaan vanhemmat ikäryhmät arvioivat terveytensä ainakin yhtä hyväksi tai jopa paremmaksi kuin nuoremmat. Kuitenkin on tyypillistä, että ikääntyneet arvioivat useimmiten oman terveytensä paremmaksi kuin ikätovereidensa terveyden. (Pohjolainen, Pertti.) Pitkäaikaissairaudet sekä vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa lisääntyvät ikäännyttäessä. Esimerkiksi 75- vuotiaista vain noin 10- 20 prosentilla ei ole yhtään pitkäaikaissairautta. Tästä huolimatta yli puolet heistä arvioi oman terveytensä hyväksi. Iäkkäät henkilöt arvioivat terveytensä yleensä paremmaksi kuin ulkopuoliset arvioijat. (Leinonen 2008, 223 – 224.)

Erilaisia itse arvioitua terveyttä mittaavia kysymyksiä on käytetty paljon sekä terveystutkimuksissa että gerontologisissa tutkimuksissa 1950-luvulta lähtien. 1980-luvulla tutkijat kiinnostuivat enemmän itse arvioidun terveyden käsitteestä ja alkoivat selvittää siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Itse arvioidun terveyden on havaittu olevan yhteydessä terveyskäyttäytymiseen ja määrittävän ikääntyneiden elämäntapaa ja toimintaa. (Leinonen 2008, 223 – 224.)

Kansanterveyslaitos on joka toinen vuosi tutkinut suomalaisten eläkeikäisten terveyskäyttäytymistä ja terveyttä vuodesta 1985 lähtien postikyselyllä. Vuonna 2003 vastauksia saatiin 1 863 henkilöltä, jotka olivat iältään 65- 84-vuotiaita. Tulosten mukaan koettu terveys on kohentunut ja lisäksi tämä kehitys on ollut voimakkain 70–74-vuotiailla. Vastaavasti koettu terveys on huonoin 80–84-vuotiailla. (Häkkinen & Holma 2004, 36.)

Lapin yliopisto on tehnyt tutkimus- ja kehittämishankkeen KaupunkiElvi, joka on kohdistettu Lapin kaupunkien, Kemin, Kemijärven, Rovaniemen ja Tornion ydinkeskustojen asukkaisiin, jotka kaikki olivat iältään 60 – 79-vuotiaita. Tutkimukseen osallistui yhteensä 140 henkilöä. Tämän tutkimuksen kysymysten teema-alueet muodostavat kattavan kokonaisuuden. (Koskinen, Hakapää, Maranen & Piekkari 2007, 3.)

KaupunkiElvin yksi kysymys koski sitä, minkälaiseksi haastateltavat arvioivat oman terveytensä. Tutkimukseen osallistuneista yli puolet arvioi oman terveytensä erittäin hyväksi, kesinkertaiseksi terveytensä arvioi haastateltavista runsas kolmannes ja huonoksi tai erittäin huonoksi terveytensä arvioi vain ani harva eli vain viisi prosenttia vastanneista. Tässä tutkimuksessa miehet kokivat oman terveytensä jonkin verran paremmaksi kuin naiset, kuitenkin naisissa oli enemmän terveytensä erittäin hyväksi kokevia. Ainoastaan Kemissä ja Rovaniemellä miehet kokivat terveytensä naisia paremmaksi. Sukupuolieroja terveyden kokemisessa ei ollut Kemijärvellä eikä myöskään Torniossa. Tutkimuksen mukaan parhaaksi terveytensä kokivat rovaniemeläiset miehet ja kemijärveläiset naiset, kun taas torniolaiset ja kemiläiset kokivat terveytensä huonommaksi kuin muiden kaupunkien haastateltavat. Yli puolet haastateltavista arvioi oman terveydentilansa paremmaksi verrattuna muihin samanikäisiin, samanlaiseksi runsas kolmannes ja huonommaksi joka kymmenes.

Tutkimuksen haastateltavista vanhimmat eli 75 – 79-vuotiaat kokivat olevansa ikätovereitaan terveempiä. (Koskinen ym. 2007, 195 – 196.)

2.2 Toimintakyky ja sen kokeminen

Toimintakyky on käsite, joka liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja jota voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. Toimintakyky voidaan määritellä joko jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa kuvaten tai kuvaten jo todettuja toiminnanvajauksia. Toimintakyvyn voi siis määritellä toiminnoiksi, joita ihminen toteuttaa osallistuessaan arjen eri tilanteisiin. Näin ollen toimintakyky ilmenee ihmisen elämässä työkykenä, päivittäisistä toiminnoista selviytymisenä ja harrastuksissa toimimisena. Toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä ihmiselle itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista häntä itseään tyydyttävällä tavalla siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyvyn osa-alueita ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä koettu toimintakyky. Toimintakyvyn tarkastelussa ihmisen oma arviointi on oleellista. Ihminen arvioi toimintaansa ympäristön määrittelemien normien, kulttuurin sekä tietenkin identiteettinsä muodostamassa yhteydessä. Toimintakykyä arvioitaessa on oleellista kiinnittää huomiota ihmisen henkilökohtaisiin tavoitteisiin kuin myös kompensatiokeinoihin. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 9.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan esimerkiksi iäkkään ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä askareistaan. Nämä askareet voidaan jakaa päivittäisiin perustoimintoihin (physical activities of daily living, PADL) ja taas toisaalta kykyyn hoitaa erilaisia asioita (instrumental activities of daily living, IADL). Esimerkiksi Syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen niin sisällä kuin ulkona ja WC:ssä käyminen ovat PADL-toimintoja. IADL-toimintoja taas ovat esimerkiksi raha-asoiden hoito, pyykin pesu, ruuanvalmistus, puhelimen käyttö sekä lääkkeiden itsenäinen käyttö. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 19.)

Fyysisellä toimintakyvyllä yleisesti ymmärretään elimistön toiminnallista kykyä selviytyä sille asetetuista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Näin ollen fyysinen toimintakyky perustuu tuki- ja liikuntaelimistön ja hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet ja niissä

ilmenevät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat WHO:n esittämän ICF - luokituksen perusteella. Olennaista fyysisen toimintakyvyn kannalta on millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimistössä ja ennen kaikkea lihas- ja luukudoksessa sekä nivelten liikkuvuudessa. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat lisäksi tasapainossa ja havaintomotorisissa toiminnoissa ilmenevät muutokset. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 48.)

Käsitteenä psyykinen toimintakyky on monitahoinen ja se määrittyy eri tavoin riippuen tarkastelunäkökulmasta. Sillä tarkoitetaan laajasti ottaen kykyä ottaa vastaan ja käsitellä tietoa ja muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta kuin myös kykyä tuntea ja kokea. Erityispiirteenä psyykkisessä toimintakyvyssä on se, miten yksilö on suhteessa sisäiseen todellisuuteensa eli kuinka hän liittää toimintansa tavoitteet, tiedonkäsittelytaitonsa sekä minäkäsityksensä omaan toimintaansa. Oman toiminnan ohjaus ja sen säätely ovat tässä suhteuttamisessa merkittävässä asemassa. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 55 -56.)

Keskeisiä osa-alueita psyykkisessä toimintakyvyssä ovat älylliset ja tiedolliset toiminnot (havaitseminen, muisti, oppiminen ja ajattelu) ja siihen liittyvät tiedon käsittelyssä tarvittavien toimintojen lisäksi laajemminkin toiminnan tarpeet, tavoitteet, arvostukset, odotukset, asenteet ja normit. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 55 – 56.) Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää, vaan on useita teorioita ja malleja. Sosiaalinen toimintakyky on yhden kattavan määritelmän mukaan kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien normien ja arvojen mukaisesti, ja taas toisaalta selviytymistä arkipäivän vuorovaikutussuhteista, toiminnoista ja oman toimintaympäristön rooleista. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 64.)

Yleisimmät sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineet vanhustyössä ovat itsearvioitu tieto sekä työntekijöiden havainnointi jos arviointi tehdään laitoksissa. Itsearviointeihin perustuvia lomakekyselyitä on nykyään runsaasti, mutta haastattelussa tapahtuvasta havainnoinnista ei ole tarpeeksi tietämystä tai se koetaan vaikeaksi. Osasyynä tähän on se, että sosiaalista toimintakykyä ei voida mitata millään mittarilla ja näissä tilanteissa arvioijan päättelytaidolla, intuitiolla, kokemuksella ja empatialla on merkitystä arvioinnin oikeellisuuden kannalta. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 64.)

Vuodesta 1985 lähtien on kansanterveyslaitos kerännyt Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella tieto eläkeikäisten terveystäytymisestä ja terveydestä. Postikyselyssä, joka toteutetaan kahden vuoden välein, etsitään tietoa esimerkiksi eläkeikäisten toimintakyvystä. Tarkoituksena on kartoittaa lyhyen ja pitkän aikavälin muutoksia sekä niihin liittyviä väestöllisiä tekijöitä. Väestörekisteristä poimittiin vuoden 2005 tutkimusta varten sukupuolen ja iän mukaan ositetut otokset 5-vuotiskäryhmittäin 65 – 84-vuotiaista. Kyselyn kokonaisotos oli 2400, vastausaktiivisuus oli 78 % eli kyselyyn vastasi 1863 henkilöä. Vuoden 2005 raportissa esitetään perustulokset ja niitä verrataan 1993 – 2003 vuosien tuloksiin. (Kansanterveyslaitos 2006.)

Vuoden 2005 toimintakyky pysyi vuoden 2003 tasolla. Vanhimmillä vastaajilla toimintakyky oli heikoin. Raportin mukaan miehistä 84 % ja naisista 74 % kykeni kulkemaan portaissa ilman vaikeuksia. Vaikeuksitta kykeni syömään 96 % sekä naisista että miehistä. 92 %:lla naisista ja miehistä peseytyminen ja kylpeminen onnistuivat vaikeuksitta. Kyky päästä vuoteesta/vuoteeseen sekä pukeutuminen vaikeuksitta oli sukupuolesta riippumaton. Pankkiautomaattia ilman vaikeuksia kykeni käyttämään miehistä 82 % ja naisista 71 %. Vuonna 2005 matkapuhelimen käyttö oli yleistynyt selkeästi verrattuna vuoteen 2003. Miehistä 75 % ja naisista 57 % vuonna 2005 ilmoitti, että heillä on matkapuhelin käytössään. Tietokoneen käyttö oli myös yleistynyt viimeisen kahden vuoden aikana. Miehistä 21 % ja naisista 11 % ilmoitti vuonna 2005, että heillä on käytössään tietokone. Kaikkien indikaattoreiden mukaan toimintakyky oli parempi ylempään kuin alempaan koulutusryhmään kuuluvilla. Kaiken kaikkiaan toimintakyky oli yhteydessä ikään. Heikoimmassa asemassa olivat vanhimmat miehet ja naiset. Tutkimuksen mukaan myös lesket selviytyivät huomattavasti verrattuna naimisissa oleviin, naimattomiin tai eronneisiin. Useiden indikaattoreiden mukaan eläkeläisten toimintakyky oli kehittynyt parempaan suuntaan viimeisen kahdentoista vuoden aikana. (Kansanterveyslaitos 2006.)

2.3 Sosiaalinen verkosto

Ikääntynyt ihminen voi vaikuttaa ympäristöönsä ja ottaa ympäristöstä vaikutteita vuorovaikutussuhteidensa kautta. Yksilön tarpeet ja odotukset tulisi täyttyä sosiaalisen

verkoston avulla. Sosiaalisten suhteiden ja terveyden yhteyttä tarkasteltaessa sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki ovat keskeisiä käsitteitä. Sosiaalinen verkosto sisältää ihmisen olemassa olevat ihmissuhteet ja niiden rakenteen. Verkoston jäsenten välillä on sosiaalinen side sekä kanssakäymistä toistensa kanssa. Rakenteen ja vuorovaikutuksen kautta voidaan kuvata sosiaalista verkostoa. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 70.)

Jokaisella ihmisellä kohdistuu erilaisia tarpeita ja odotuksia vuorovaikutussuhteisiin. Jokainen tarvitsee turvaa, läheisyyttä ja rakkautta. Kiinnostuksen kohteiden ja arvojen jakaminen sekä yhteinen toiminta tyydyttävät yhteenkuuluvuuden tarvetta. Tärkeää ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin kannalta on saada arvostusta. Jokainen ihminen haluaa saada sekä antaa huolenpitoa ja kokea toisten ihmisten tarvitsevan heitä. Vuorovaikutussuhteilla, kuten suhteilla omaan puolisoon, lapsiin, sukulaisiin sekä ystäviin, voi olla erilaisia merkityksiä iäkkäille. Eri tilanteissa ja elämän vaiheissa merkitykset voivat vaihdella. (Lyyra ym. 2007, 71.)

1980- luvun puolivälissä alkanut Ikivihreät -projekti on Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin yhteinen hanke. Hankkeen tavoitteena on kuvata iän mukanaan tuomia muutoksia fyysisissä, psyykkisissä ja sosiaalisissa toiminnoissa sekä pyrkiä tunnistamaan ikääntyvien elintapoihin ja elinoloihin liittyviä tekijöitä. Tavoitteena on myös tunnistaa tekijöitä, jotka ennustavat terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin muutoksia. Tässä raportissa keskitytään erityisesti 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten 10-vuotisseuruun tuloksiin (Hietanen & Lyyra 2003, 19). 75-vuotiaiden tutkimukseen valittiin kaikki vuoden 1989 alussa elossa olleet 1914 syntyneet Jyväskylässä asuvat henkilöt. Kyseessä oli kokonaistutkimus ja kohdejoukoksi muodostui 388 henkilöä. Tutkimusta jatkettiin vuonna 1994 toteuttamalla alkututkimukseen osallistuneille 5 vuoden seuruututkimus, jolloin tutkittavat olivat 80-vuotiaita. Kolmannen kerran samaa joukkoa tutkittiin vuonna 1999, jolloin tutkittavat olivat 85-vuotiaita. (Hietanen & Lyyra 2003, 27 – 28.)

Ikivihreät -projektin tulosten mukaan ohjatuissa liikuntaryhmissä käymisen merkittävimmät syyt olivat terveyden ylläpitäminen ja ystävien tapaaminen. Yleisimpiä liikunnan harrastamiselle mainittuja esteitä olivat väsymys, huono kunto, sairaudet ja psyykkiset tekijät. Muita liikunnan harrastamiseen liittyviä esteitä olivat kiinnostuksen puute, laiskuus, ajan puute sekä kaverin puuttuminen. (Hietanen & Lyyra 2003, 69.)

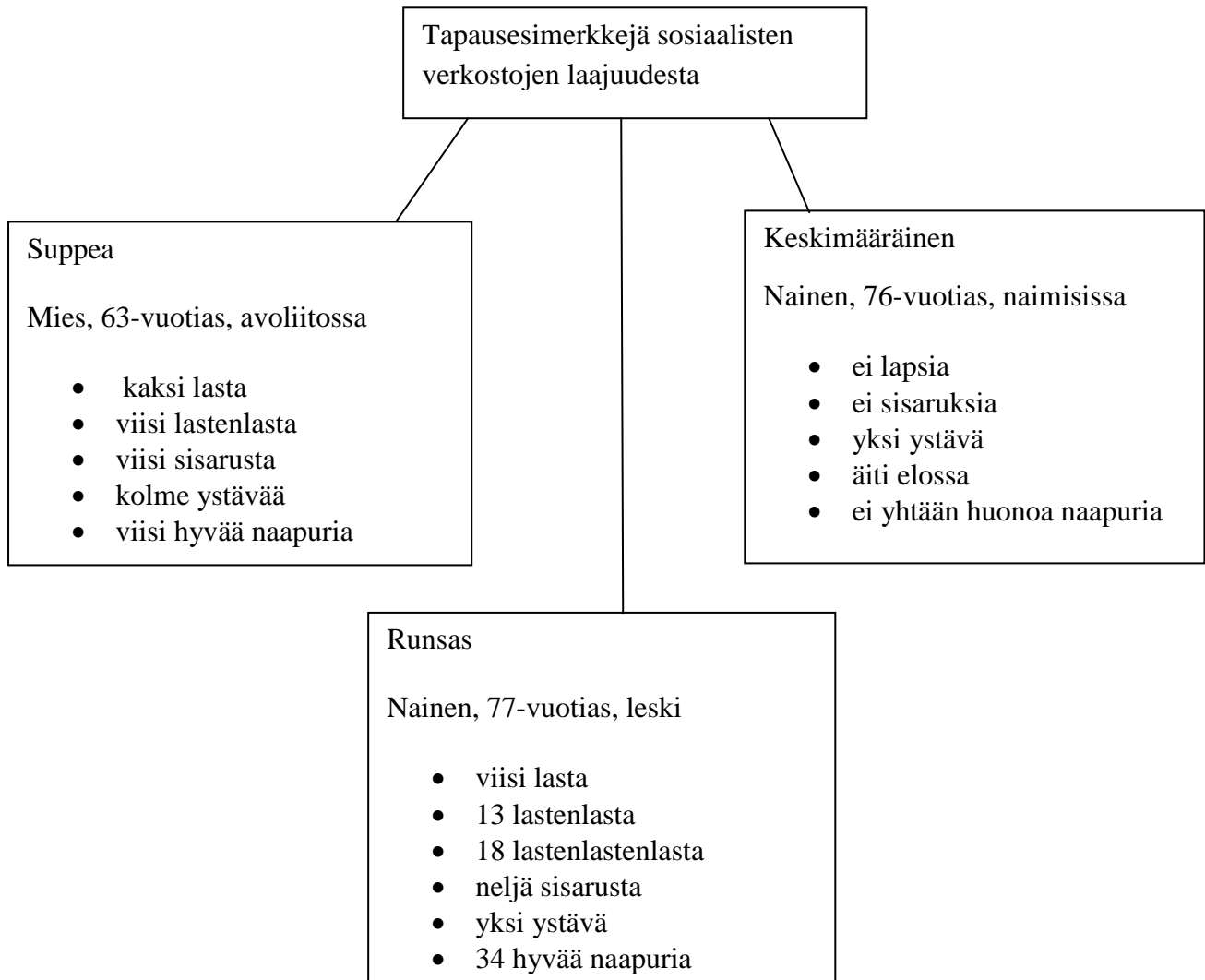
Sosiaaliset suhteet ovat toistuvia kuvioita vuorovaikutuksessa yksilöiden välillä. Jotkut saattavat rinnastaa sosiaaliset suhteet sosiaaliseen tukeen mutta näin ei ole. Sosiaaliset suhteet palvelevat laajempia toimintoja kuin kriisiin suuntautunut sosiaalinen tuki. Yksi tapa saada parempi käsitys sosiaalisten suhteiden luonteesta on hahmottaa toimialueen sisällön laaja rakenne. (Binstock & George 2009, 182.)

Sosiaaliset suhteet on jaettu neljään eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue sisältää sosiaalisen tuen, joka auttaa muun muassa selviytymään stressistä ja tähän sisältyy myös konkreettista ja tiedottavaa tukea. Toinen osa-alueeseen kuuluu kumppanuus, joka aivan eri asia kuin sosiaalinen tuki. Erään tutkimuksen mukaan kumppanuus määritellään sosiaalisesti vuorovaikutukseksi jota harjoitetaan pääasiassa nautinnon vuoksi. Kumppanuuteen kuuluu yhteistä vapaa-ajan- ja virkistystoimintaa sekä suhteita jotka perustuvat yhteisten etujen tavoitteluun. Ihmisten ollessa vuorovaikutuksessa kumppanien kanssa he yleensä jakavat unelmansa, kokemuksiaan sekä tunteitaan keskenään. Stressaavat tapahtumat ovat suhteellisen harvinaisia ikääntyneen päivittäisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Sosiaalisten suhteiden kolmas osa-alue sisältää heikot sosiaaliset siteet. Tähän joukkoon kuuluu esimerkiksi kaukaiset naapurit ja satunnaiset suhteet työkavereiden kanssa sekä muodolliset suhteet lääkäreihin tai pappeihin. Neljäs osa-alue on negatiivinen vuorovaikutus. Negatiivinen vuorovaikutus sisältää epämiellyttäviä sosiaalisia kohtaamisia, joille ovat ominaista erimielisyydet, kritiikki, hylkääminen ja yksityisyyden loukkaaminen. Liiallinen ja tehokas auttaminen kuuluu myös osana negatiiviseen vuorovaikutukseen. (Binstock & George 2009, 182.)

Sosiaalisten suhteiden vaikutuksia terveyteen on tutkittu monesta eri näkökulmasta esimerkiksi sosiaalisen verkoston, sosiaalisen aktiivisuuden, sosiaalisen tuen, sosiaalisten siteiden ja sosiaalisen liittymisen näkökulmista. Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen verkosto saattavat edistää terveyttä ja suojata riskeiltä, mutta toisaalta vaikuttaa myös sairastumiseen ja sairauden keston. Sosiaaliset suhteet, jotka ihminen kokee hyviksi auttavat selviytymään ikääntymiseen liittyvistä menetyksistä ja auttavat sopeutumaan sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Sosiaalinen verkosto, joka toimii hyvin, edistää psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä alentaa kuolemanriskiä. Kohonneeseen kuolleisuusriskiin ja heikkoon psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen on taas liitetty sosiaalisen tuen puute. Sosiaalisen tuen on ajateltu olevan tärkein terveyteen vaikuttava tekijä, mutta myös sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus näyttävät

tuottavan terveyshyötyä nykytietämyksen mukaan. Toiminnanvajeen, dementiaan sairastumisen, kognitiivisen heikkenemisen, masentuneisuuden, kuolleisuuden ja laitoshoitoon sijoittumisen riskiä pienentää sosiaalinen aktiivisuus. Ikääntyneen ihmisen kokemaan terveyteen vaikuttaa myös myönteisesti sosiaalinen osallistuminen. Sen sijaan sosiaalinen ylikuormittuneisuus ja liialliset sosiaaliset vaatimukset heikentävät terveyttä. (Lyyra ym. 2007, 72 – 73.)

Lapin yliopisto on tehnyt tutkimus- ja kehittämishankkeen KaupunkiElvi, joka on kohdistettu Lapin kaupunkien, Kemin, Kemijärven, Rovaniemen ja Tornion ydinkeskustojen asukkaisiin, jotka kaikki olivat iältään 60 – 79-vuotiaita. Tutkimukseen osallistui yhteensä 140 henkilöä. Tämän tutkimuksen kysymysten teema-alueet muodostavat kattavan kokonaisuuden. Yksi teema on sosiaalinen osallistuminen. (Koskinen ym. 2007, 3.) Sosiaalinen aktiivisuus koostuu tässä tutkimuksessa siitä, että kuinka usein on viimeisen vuoden aikana käynyt erilaisissa perhejuhlissa ja myös siitä, kuinka usein tapaa lapsiaan, lapsenlapsiaan, sisarusiaan, ystäviään ja naapureitaan. Sosiaalisessa aktiivisuudessa on kysymys paljolti myös ikääntyneitten sosiaalisesta verkostosta ja sosiaalisesta integraatiosta. Tutkimuksen mukaan suuri enemmistö, yhdeksän kymmenestä, on melko hyvin integroitunut. Sosiaalisesti erittäin aktiivisia on neljännes. Kuitenkin joka kymmenennen haastateltavan sosiaalista aktiivisuutta voidaan pitää vähäisenä. Sosiaaliseen aktiivisuuteen ei vaikuta sukupuoli. Iän vaikutus on myös vähäinen, kuitenkin nuorimmissa ikäryhmissä aktiivisuus on hieman vähäisempää kuin vanhemmassa ryhmässä. (Koskinen ym. 2007, 295.)



Kuvio 1. Sosiaaliset verkostot. (Koskinen ym. 2007, 232.)

2.4 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit

Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä (ent. ehkäisevä kotikäynti) tarkoitetaan kunnan tarjoamaa palvelua kotonaan asuvalle, tietyn ikäiselle tai tiettyyn riskiryhmään kuuluvalle ikääntyneelle. Käynnin tavoitteena on kotona selviytymisen tukeminen. Kotikäynnillä selvitetään iäkkään kanssa yhdessä hänen tilannettaan eri näkökulmista ja häntä kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan omatoimisuuden säilymiseksi. Hänelle myös kerrotaan kunnan palveluista ja henkilöistä, joihin hän voi ottaa yhteyttä

apua tarvitessaan. Kotikäynnin tekee sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen. Hyvinvointia edistävä kotikäynti on yksi kuntalaiselle tarjottava ennaltaehkäisevä palvelu, joten se on vanhuspalvelujen tärkeä ja kehittyvä työmuoto. Kunta tarjoaa kotikäynnin kuntalaiselle, joka itse päättää, käyttääkö hän tilaisuuden hyväkseen. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit tukevat ja kannustavat iäkkäitä ottamaan itse vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Kotikäynnit mahdollistavat oman ikääntymisen suunnittelun ajoissa sekä pohtia tulevaisuuden vaihtoehtoja. Kotikäynnillä keskitytään iäkkään omiin asioihin ja etsitään vastauksia häntä askarruttaviin kysymyksiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit voidaan sekoittaa palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen arviointi on kunnan tarjoamaa palvelua, johon kaikilla 75 vuotta täyttäneillä ikääntyneillä ja Kelan ylintä hoitotukea saavilla henkilöillä on lakisääteinen oikeus (sosiaalihuoltolaki 40.a. §). Palvelutarpeen arviointi on myös sosiaali- ja terveyspalvelujen myöntämisen perusteena. Hyvinvointia edistävä kotikäynti voi sisältää myös palvelutarpeiden arviointia, mutta sen päätarkoitus on kuitenkin tukea kotona selviytymistä, jotta säännöllisiä palveluita ei tarvittaisi. Sekä palvelutarpeen arvioinnissa että hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä arvioidaan iäkkään toimintakykyä ja voimavaroja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Inarin kunnassa käynnistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaiset ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 80-vuotiaille vuonna 2000. Kotikäyntien tarkoituksena oli saada tietoa henkilöiden asumistavasta, asunnon varustetasosta sekä asumisahtaudesta, tietoa henkilöiden saamista palveluista ja niiden riittävyydestä. Lisäksi tavoitteina oli saada tietoa henkilöiden terveydentilasta ja toimintakyvystä sekä jakaa tietoa vanhuspalveluista. Haastattelun suorittivat terveydenhoitajat, kotipalvelunohjaaja, vanhustyönjohtaja sekä joissakin tapauksissa kodinhoitaja. (Häkkinen 2002, 31–32.)

Haastattelussa kartoitettiin ikääntyneen asumisolaja kuten asunnon kokoa, varustetasoa sekä mahdollista asunnon korjaustarvetta. Lisäksi haastattelussa kartoitettiin yhteydet kyläkeskuksissa oleviin palveluihin, miten kuljetus oli järjestetty sekä se, että pääsikö asunnosta tietä pitkin kaikkina vuodenaikoina. Ikääntyneiden oli vaikea vastata kysymykseen vaihtoehtoisesta asumismuodosta sen jälkeen, kun kotona ei selviydy itsenäisesti. Epäselvää oli myös se, kuka tulisi olemaan ikääntyneen hoitajana, jos

kotona asumista jatketaan voinnin heikennettyä. Yli 80-vuotiaista kolmasosa piti terveydentilaansa hyvänä ja vain 13 tunti vointinsa huonoksi. Haastatelluista 64 prosenttia kuului erilaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin. Puolella haastatelluista kävi terveydenhoitaja ja heistä kahdella kolmasosalla kodinhoitaja, joiden apu kohdistui terveydentilan seuraamiseen, lääkkeiden jakoon sekä siivoukseen ja ruokahuoltoon. Ikääntyneet kokivat palvelujen saatavuuden riittäväksi ja heillä oli myös tiedossa, mistä niitä voi saada lisää tarvittaessa. Haastattelun myötä palvelujen piiriin tuli viisi uutta asiakasta. Ikääntyneet kokivat tarvitsevansa apua kodin ulkopuolisissa asioinneissa kuten esimerkiksi kaupassa käynneillä. Suurimmaksi osaksi he saivat apua omaisiltaan, mutta he myös kokivat viranomaisen antaman avun tärkeiksi. Apuvälineiden käyttö kohdistui liikkumisen apuvälineisiin kuten keppiin ja kävelytelineisiin. Tietämys kunnan tarjoamista tukipalveluista oli hyvä. Esimerkiksi turvapuhelimen käyttö on laajan kunnan alueella turvallisuuden tunnetta antava laite. Ikääntyneiltä kysyttiin myös, mitä he tekevät vapaa-aikanaan. Vastaukset liittyivät enimmäkseen luonnossa liikkumiseen ja iltaisin television katseluun. Myös poronhoito ja erotuksessa sekä vasanmerkityksessä käynnit kuuluivat elämänmenoon. Kuitenkin usealle ikääntyneelle ongelmana oli yksinäisyys, varsinkin haja- asutusalueilla, joissa talot sijaitsevat kaukana toisistaan. Kotipalvelun järjestämät päiväkerhot ovat olleet sivukylillä suosittuja ja niitä toivottiinkin jokaviikkoisiksi. Tällöin ikääntyneet tapasivat toisiaan ja puhuivat omaa kieltään keskenään. Kokonaisuutena vaikutti siltä, että Inarin kunnassa saatavissa olevat palvelut ja niiden kysyntä olivat tasapainossa. (Häkkinen 2002, 32 - 33.)

Ruotsin hallitus toteutti kansallisen kotikäyntiohjelman sosiaalishallituksen johdolla yhteensä 22 kunnassa vuosina 1999 - 2002. Projektin tavoitteena oli hankkia tietoa siitä, miten tukea vanhusten terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistä sairauksia ja hoidon tarvetta. Kokeiluun osallistuneille 4 124 henkilölle tehtiin säännölliset kotikäynnit puolen vuoden välein kahden vuoden ajan. Kotikäynnit toteutettiin kunnan vanhustyön, kotisairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Ne oli suunnattu yleensä 75 vuotta täyttäneille ikääntyneille, jotka eivät olleet säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä. Joissakin kunnissa kohderyhmänä oli 70 vuotta täyttäneet, kun taas joissakin kunnissa oli lähetetty kirje kaikille yli 65-vuotiaille. Kahdessa kunnassa ulkomailla syntyneet vanhuksat olivat kohderyhmänä. Kaiken kaikkiaan 75 prosenttia ikääntyneistä otti kotikäynnin vastaan. Kaksi kolmesta kotikäynnistä johti toimenpiteisiin. Yleisimpiä toimenpiteitä olivat lääkehoidon tarkistaminen sekä lähete

perusterveydenhuoltoon terveystarkastuksiin. Vanhusten toimintakykyä paransivat tekniset apuvälineet. Suurin osa vanhuksista vaikutti olevan hyvin tyytyväisiä elämäänsä. Melkein kaikki liikkuivat säännöllisesti joko kävelemällä tai hoitamalla kotiaan ja puutarhaansa. Kotikäynneillä löydettiin myös heikkoja vanhuksia, jotka hoitivat muistisairasta puolisoaan. Joissakin kunnissa vähenivät päivystyssoitot lääkäriin, vuodeosastopäivät sairaalassa ja kotipalvelu, mutta eivät kaikissa kunnissa. Säännölliset kotikäynnit voivat auttaa ikääntyneitä fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa sekä ehkäisemään toimintakyvyn alenemista, yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. (Häkkinen & Holma 2004, 80 - 81.)

Kööpenhaminan yliopiston Kansanterveystieteen laitoksella on ollut käynnissä kolmivuotinen tutkimus ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoja, millainen kotikäynti olisi osana jokapäiväistä työtä. Tutkimuksessa arvioidaan sitä, miten ehkäisevät kotikäynnit suoritetaan: standardoitu arviointityökalu, kohderyhmä, työn suorittaja, miten kotikäynti tehdään, miten usein, miten se on organisoitu ja millainen on yhteistyö toimijoiden kesken. Tutkimuksessa oli osallistujia 4 060 henkilöä (75 - ja 80-vuotiaista) 34 kunnassa 4 maakunnan alueella. Näistä 17 kuntaa oli tutkimusryhmänä ja 17 kuntaa kontrolliryhmänä. Kotikäynnin suorittajille ja perhelääkäreille annettiin tutkimuksen toimenpiteinä yhteistä moniammatillista koulutusta, jonka teemoina olivat muun muassa kuinka

- havaita ajoissa toimintakyvyn heikkenemisen merkit,
- huomioida sosiaalisten, terveydellisten ja psykologisten asioiden tärkeys,
- painottaa fyysisen aktiivisuuden tärkeyttä ja kannustaa kuntia helpottamaan ikääntyneiden osallistumista liikunnallisiin tapahtumiin esimerkiksi järjestämällä kuljetukset ja
- huomioida geriatriset ongelmat, kuten tapaturmien ehkäisy, mielenterveysongelmat, lääkkeet, inkontinenssi ja ravitsemus. (Häkkinen & Holma 2004, 82.)

Kunnissa tehtiin säännölliset kotikäynnit, jotka olivat myös standardoitu lain velvoittamalla tavalla. Käyttöön otettiin myös kaatumistapaturmien ehkäisyohjelma ja tutkimuksen tekijät olivat koko ajan kontaktissa kunnan yhteyshenkilöihin. Tulosten mukaan kotikäyntien suorittajien ja perhelääkäreiden koulutus vaikutti toimintakyvyn heikkenemiseen ehkäisevästi naisilla, mutta ei miehillä. Sen lisäksi ehkäiseviä kotikäyntejä vastaanottaneilla naisilla liikuntakyky oli parempi kuin kotikäynneistä kieltäytyneillä naisilla, mutta miesten kohdalla tällaista vaikutusta ei havaittu. Naiset tietävät paremmin paikallisesta toiminnasta ja he myös vastaanottavat miehiä helpommin neuvoja elintapoihinsa. Suurin osa terveydenhuollon työntekijöistä on naisia, mikä voi myös johtaa sukupuolieroihin ehkäisevän neuvonnan vaikutuksissa. Ei ole tietoa siitä, kuinka miesten tekemä terveysneuvonta kodeissa vaikuttaisi. Voi kuitenkin olla, että miehet hyötyvät enemmän toisenlaisista ehkäisevistä strategioista. Tutkimuksen kirjoittajien mukaan lyhyt koulutus kaksi kertaa vuodessa on pieni panostus verrattuna saatuihin tuloksiin, koska henkilökunnan osaaminen vaikuttaa naisten toimintakykyyn positiivisesti ja tällöin hyvin toimintakykyiset naiset käyttävät vähemmän terveystalveta. (Häkkinen & Holma 2004, 82 - 83.)

Tanskassa ehkäisevien kotikäyntien tutkijoiden johtopäätökset ovat seuraavat:

- Yksi kotikäynti ei ole riittävä tarvittavan hyödyn saavuttamiseksi.
- On tarpeen luoda hyvä ja tasavertainen kontakti ikääntyneen kanssa sekä tuoda mieleen aikaisempien keskusteluiden sisältö.
- Ammattilaiset, kuten esimerkiksi terveydenhoitajat, saavat parempia tuloksia kuin vapaaehtoistyöntekijät.
- Tutkijaryhmä suosittelee, että ehkäisevät kotikäynnit huonokuntoisille ikääntyneille kohdennettaisiin riskihenkilöille ja riskitilanteisiin. Seuraavat piirteet kuvaavat huonokuntoisia ikääntyneitä: huono koettu terveys, alhainen tai vähenevä toimintakyky, kolmen tai useamman lääkkeen käyttö, juuri tapahtunut leskeytyminen tai kotiutus sairaalasta, mielenterveysongelmat, kaksi tai useampi kaatuminen viime vuoden aikana. (Häkkinen & Holma 2004, 83.)

Ikääntyneen palvelutarpeen ja/tai toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä tutussa ympäristössä, kuten kotona, koska tällöin henkilön toimintakyky ja selviytyminen päivittäisistä toiminnoista pystytään arvioimaan siten, että henkilön itsenäisyys säilyy. Kotona tehdyn arvioinnin haittoja ovat arvioitsijan siihen käyttämä aika ja aiheeton käynti, mikäli tarpeita ei löydy. Jos arviointia ei ole tehty eettisesti oikein, voi se aiheuttaa ikääntyneen elämänhallinnan ja selviytymisstrategioiden heikkenemistä sekä riippuvuutta, mikä ei vastaa ehkäisevän kotikäynnin tavoitteita. Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuuden syitä ei tiedetä. Johtuvatko vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän organisointitavasta, kotikäyntien sisällöstä, kotikäynnin suorittajan henkilökohtaisista ominaisuuksista vai ikääntyneen yksilöllisistä terveys- ja psykososiaalisista ominaisuuksista. Ei tiedetä näiden edellä mainittujen tekijöiden yhteisvaikutuksista tai onko joku näistä tekijöistä toisia tärkeämpi. Myöskään ei tiedetä, ovatko ehkäisevät kotikäynnit toteuttamiskelpoisia ja kustannustehokkaita perusterveydenhuollon rutiiniosassa. (Häkkinen & Holma 2004, 83 - 84.)

Tanskassa ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat osa terveydenhuoltokulttuuria. Terveystenhoitajat tekevät säännöllisiä kotikäyntejä lapsiperheisiin, joten vanhusten kotikäynnit kuuluvat myös osana tanskalaiseen terveydenhuoltoon. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat yksi tapa varautua lisääntyvään palvelujen kysyntään. Lain mukaan Tanskan kuntien on tarjottava 1.7.1996 lähtien kaikille yli 80-vuotiaille kaksi kotikäyntiä vuodessa ja 1.7.1998 lähtien ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä on tarjottu 75 vuotta täyttäneille. Tanskassa ehkäisevät kotikäynnit ovat lakisääteisiä. Silti kunnat voivat toteuttaa kotikäyntejä oman mallinsa mukaisesti. (Häkkinen 1999, 51.)

Vanhuksen ei ole pakko ottaa vastaan ennaltaehkäisevää kotikäyntiä, jos hän ei sitä halua. Kotikäyntien tarkoituksena on ennakoida ikääntyneen avun tarve, arvioida asunnon muutostöiden tarve, tiedottaa ikääntyneelle kunnassa olevista vanhusten palveluista, luoda turvallisuutta ja viihtyvyyttä, antaa neuvoja aktiviteeteista sekä tukimahdollisuuksista. Kotikäynnit voivat auttaa ikääntyneitä säilyttämään toimintakykynsä mahdollisimman kauan sekä hyödyntämään paremmin omia voimavarojaan. (Häkkinen 1999, 51.)

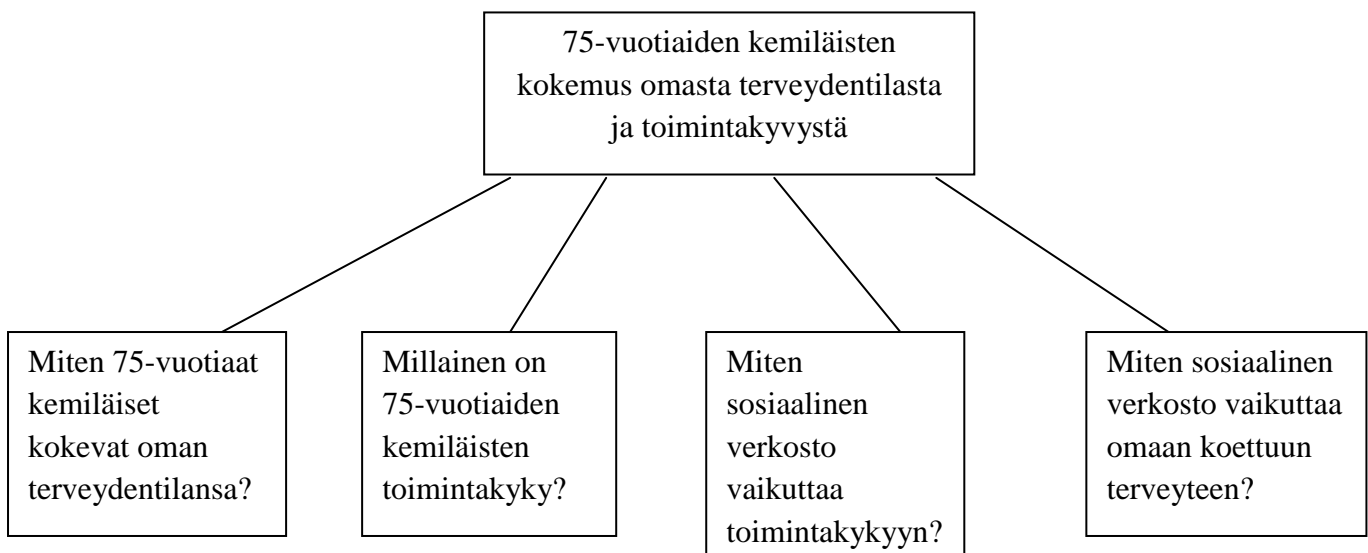
Kokemukset ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä ovat olleet myönteisiä. Ikääntyneet ovat saaneet tietoa erityisesti apuvälineistä, joista he eivät tiedä eivätkä taten osaa kysyä.

Ikääntyneiden tietämys rahallisista etuuksista sen sijaan on ollut hyvin ajankohtaista. Projektikunnissa 45 - 60 prosenttia ikääntyneistä on ottanut ennaltaehkäisevät kotikäynnit vastaan. (Häkkinen 1999, 51.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui ”kemiläisten 75-vuotiaiden koettu terveys ja toimintakyky hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä keväällä 2011” Kemian kaupungin pyynnöstä sekä omasta mielenkiinnostamme. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun geronomi - ja terveydenhoitajaopiskelijat tekivät yhteistyönä hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten 75-vuotiaat kemiläiset kokevat terveytensä ja toimintakykynsä. Lisäksi tutkimme sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Keskeisenä tutkimusongelmana on se, miten 75-vuotiaat kemiläiset kokevat oman terveydentilansa ja toimintakykynsä hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä keväällä 2011.

Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä, kemiläisten 75-vuotiaiden koetusta terveydestä ja toimintakyvystä sekä sosiaalisen verkoston vaikutuksesta.



Kuvio 2. Tutkimusongelmat.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä tutkimuksessa käytetään määrällistä tutkimusotetta. Määrällisessä tutkimustavassa tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti numeroiden avulla kuvaillen. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija saa tutkimustiedon numeroina tai hän ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Hän esittää tulokset numeroina. Tutkija tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti ja myös kuvaa, millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai vastaavasti eroavat toistensa suhteen (Vilkkä 2007, 14.)

Taulukko 1. (Heikkilä 2004, 17.)

<p>KVANTITATIIVINEN (määrällinen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastaa kysymyksiin: Mikä? Missä? Kuinka paljon? Kuinka usein? • Numeerisesti suuri otos • Ilmiön kuvaus ilmiön pohjalta
--

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu teki yhteistyössä Kemin kaupungin kanssa hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä 75-vuotiaille kemiläiselle keväällä 2011. Kotikäynnit olivat tarkoitettu ikääntyneille, jotka eivät kuulu palveluiden piiriin. Ikääntyneille lähetettiin postitse tiedotteet hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä, jolloin he itse halutessaan soittivat varatakseen ajan Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun Terveyspysäkillä. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteuttivat geronomi – ja terveydenhoitajaopiskelijat työpareittain. Kotikäynnit suoritettiin kahden viikon aikana. Hyvinvointia edistäviin kotikäynteihin osallistui yhteensä 63 kemiläistä 75-vuotiasta. Tutkimuksessa on mukana 57 haastattelulomaketta. Tutkimuksesta

jätimme pois kuusi haastattelulomaketta, koska kyseisistä lomakkeista puuttui suostumus tietojen käyttämiseen.

4.1 Tutkimuksen mittari

Hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä käytettiin Suomen kuntaliiton ja Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille-kehittämishankkeen puolistrukturoitua kyselylomaketta. Lomake koostuu sekä monivalintakysymyksistä että avoimista kysymyksistä. Lisäksi haastattelulomake sisältää strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja, joissa valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen on vielä avoin kysymys. Haastattelulomake on jaettu yhdeksään eri kategoriaan, jotka ovat: asuminen, terveydentila ja toimintakyky, aistit: näkö ja kuulo, sosiaalinen verkosto ja osallistuminen, kotiaskareista selviytyminen, toimeentulo, viestintäyhteydet, tulevaisuus sekä sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö (Liite 1). Lisäksi hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä tehtiin ikääntyneille fyysisen toimintakyvyn testejä; tasapainotesti sekä viisi kertaa tuolilta ylösnousu-testin. Kotikäynneillä tehtiin myös kodinturvallisuus-kartoitus sekä annettiin asiakkaille erilaisia esitteitä, muun muassa ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyen. Hyvinvointia edistävän kotikäynnin kesto oli yleisimmin 1½ - 2 tuntia, mutta joskus se vaihteli yksilöstä riippuen tunnista kolmeen tuntiin. Lisäksi aikaa kului myös käyntiin valmistautumiseen, matkoihin sekä käynnin jälkeisen raportin kirjoittamiseen.

4.2 Aineiston analyysi

Tilasto-ohjelmana käytimme SPSS (Statistical Package for Social Science) ohjelmakokonaisuutta. Ristiintaulukoinnin ja kuvioden avulla saimme tietoa tutkimuskysymyksiimme. Tutkimme ristiintaulukoinnilla sukupuolten välillä olevia eroja terveyteen, toimintakykyyn ja sosiaaliseen verkostoon liittyvissä kysymyksissä. Ristiintaulukoinnin avulla selvitetään kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä, millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa (Heikkilä 2004, 210).

4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilkkä 2007, 152.) Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010, 231.) Tutkimuksessa otos koostuu samanikäisistä, samalla paikkakunnalla asuvista ja kotiin annettavien palveluiden ulkopuolella olevista ikääntyneistä, joten mielestämme tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä.

Tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen liittyvät tutkimusaineistojen keruu, käsittely sekä asianmukainen arkistointi. Normit, jotka ilmentävät tutkittavien ihmisarvoa, korostavat tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvaa vahingon välttämistä. Normit ovat tärkeitä tutkittaessa ihmisiltä tai ihmisistä kerättyjä tietoja tutkimustarkoituksiin. (Kuula 2006, 24.) Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla tutkimuksessa lähtökohtana. Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan siten että annetaan ihmisille mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2010, 25.) Haastateltavista 57 antoivat suostumuksen siihen, että tietoja saa käyttää muun muassa tutkimukseen. Toimimme tutkimuksessa eettisesti, koska emme käyttäneet lomakkeita, joista suostumus tietojen käyttämiseen puuttui. Lisäksi haastattelulomakkeista on poistettu haastateltavien nimet Kemin kaupungin toimesta joten henkilöitä ei voi tunnistaa. Välittömästi saatuaamme tutkimuksen valmiiksi, tuhosimme lomakkeet.

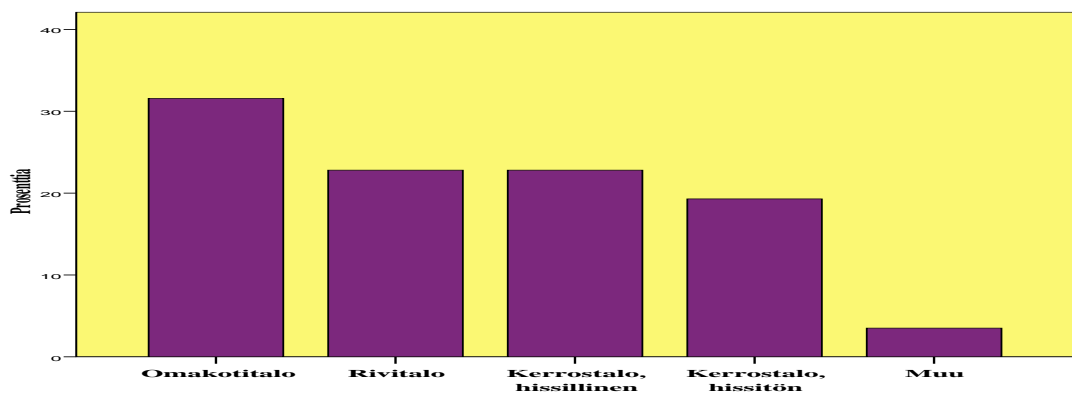
5 TULOKSET

Tutkimusryhmään kuuluu 38 naista ja 19 miestä (taulukko 2). Naisista 47 % ja miehistä 16 % asuu yksin. Puolison kanssa asuu 53 % naisista ja 84 % miehistä.

Taulukko 2. Sukupuolijakauma ja asuinkumppani.

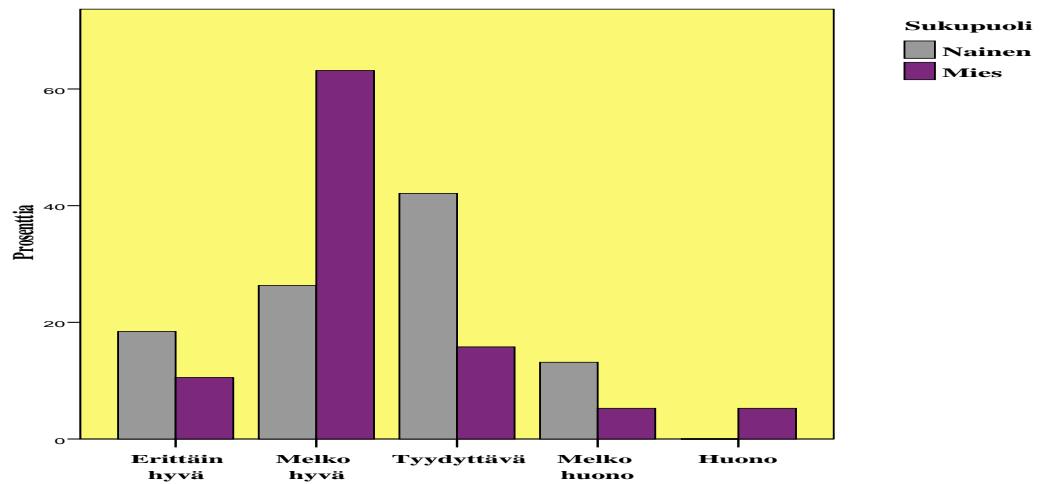
		Sukupuoli		Yhteensä
		nainen	mies	
Kenen kanssa asutte?	Yksin	18 47,4%	3 15,8%	21 36,8%
	Puolison kanssa	20 52,6%	16 84,2%	36 63,2%
Yhteensä		38 100,0%	19 100,0%	57 100,0%

Suurin osa haastateltavista eli noin 32 % asuu omakotitalossa. Rivi- ja kerrostalossa asuu noin 46 %. Luhti- ja paritalossa asuu noin 3 % (kuvio 3).



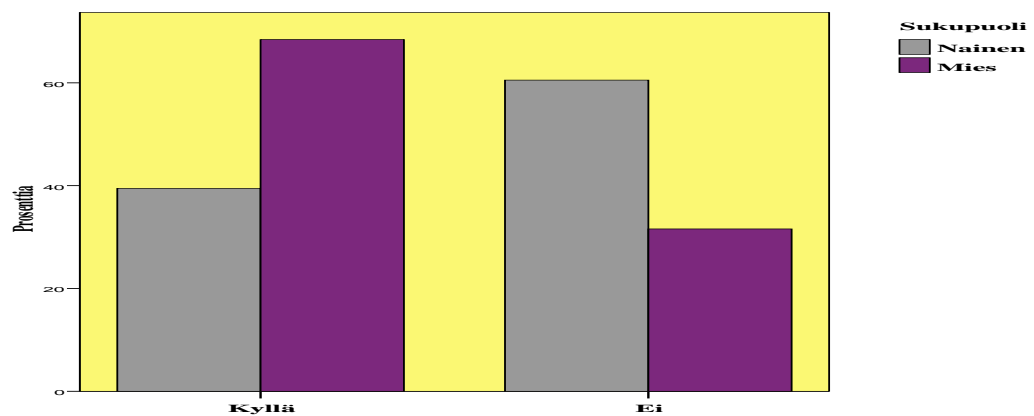
Kuvio 3. Asumismuoto.

Omaa terveydentilaa kysyttäessä miehistä 63 % ja naisista 26 % kokee terveydentilansa melko hyväksi. 42 % naisista ja 16 % miehistä kokee terveydentilansa tyydyttäväksi (kuvio 4). 13 % naisista ja 5 % miehistä kokee terveydentilansa melko huonoksi. Tämän perusteella miehet kokevat oman terveydentilansa paremmaksi kuin naiset.



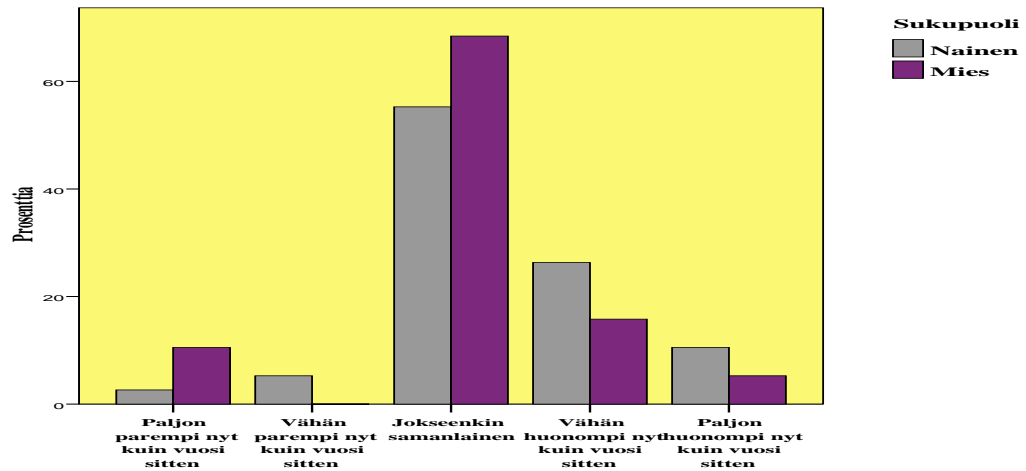
Kuvio 4. Terveydentilan kokeminen.

Kysymyksessä huolestuttaako jokin terveydentilassa, naisista 60 % vastasi ei. Miehistä 68 % vastasi jonkin asian huolestuttavan terveydentilassa (kuvio 5).



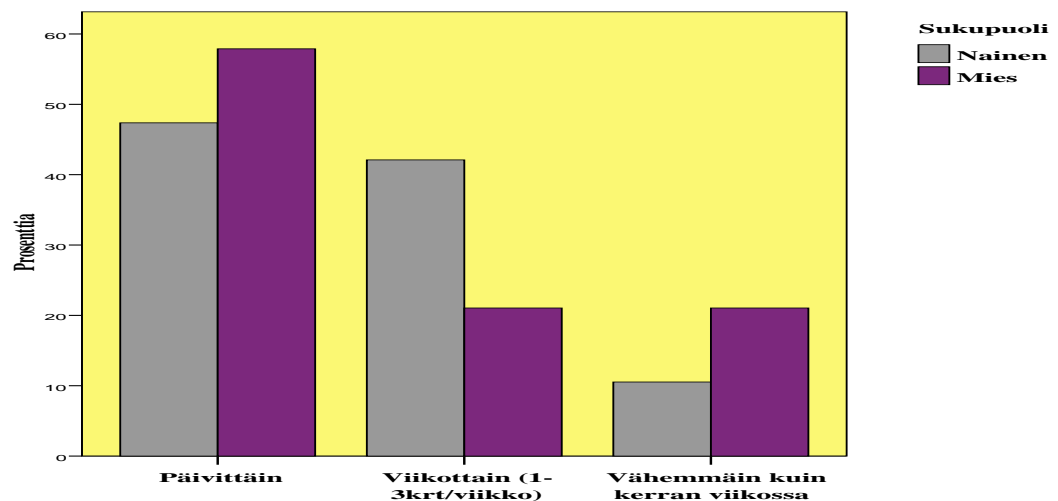
Kuvio 5. Huoli terveydentilasta.

Kysymyksessä millainen on terveydentilanne nyt verrattuna edelliseen vuoteen, 55 % naisista ja 68 % miehistä kokee terveydentilansa jokseenkin samanlaiseksi edellisvuoteen verrattuna (kuvio 6).



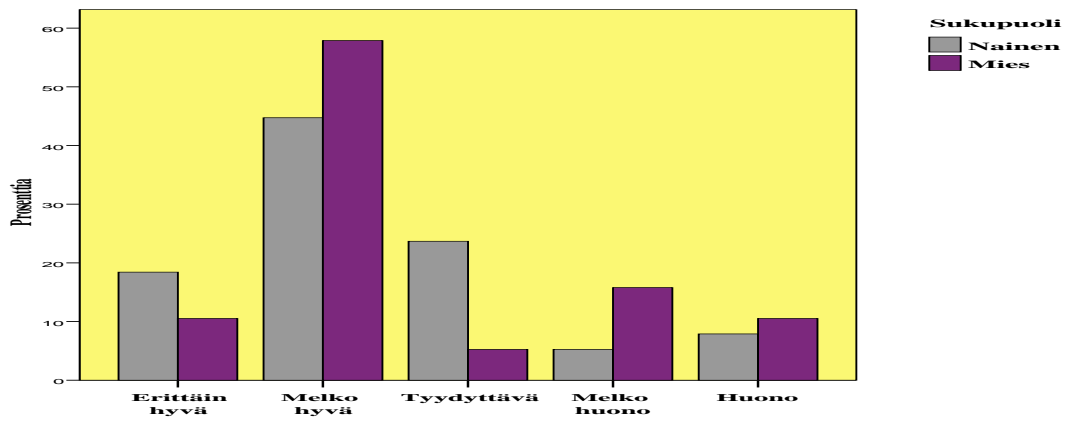
Kuvio 6. Terveydentilanne nyt verrattuna edelliseen vuoteen.

Päivittäin liikuntaa harrastaa miehistä 58 % ja naisista 47 %. Naisista 10 % ja miehistä 21 % harrastaa liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa (kuvio 7).



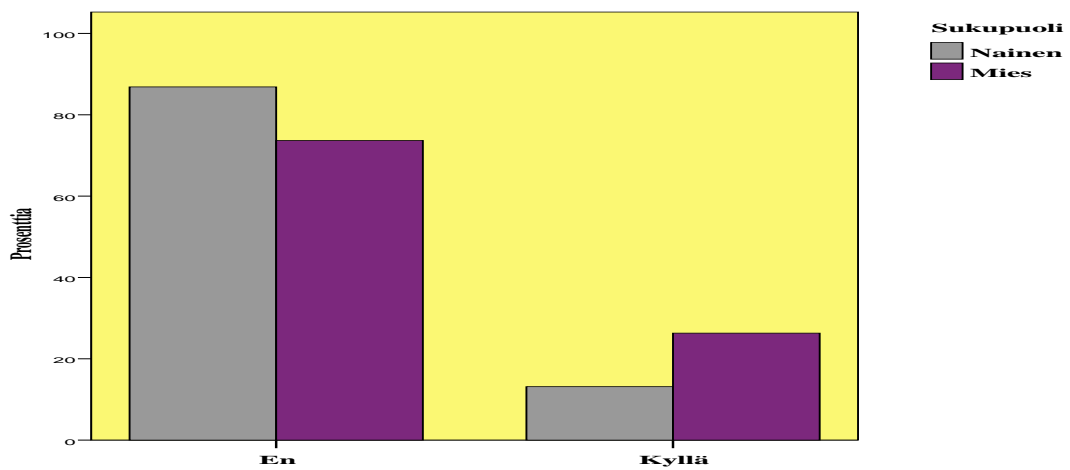
Kuvio 7. Liikunnan harrastaminen.

Naisista 45 % ja miehistä 58 % arvioi liikuntakykynsä melko hyväksi. Huonoksi liikuntakykynsä arvioi naisista 8 % ja miehistä 10 % (kuvio 8).



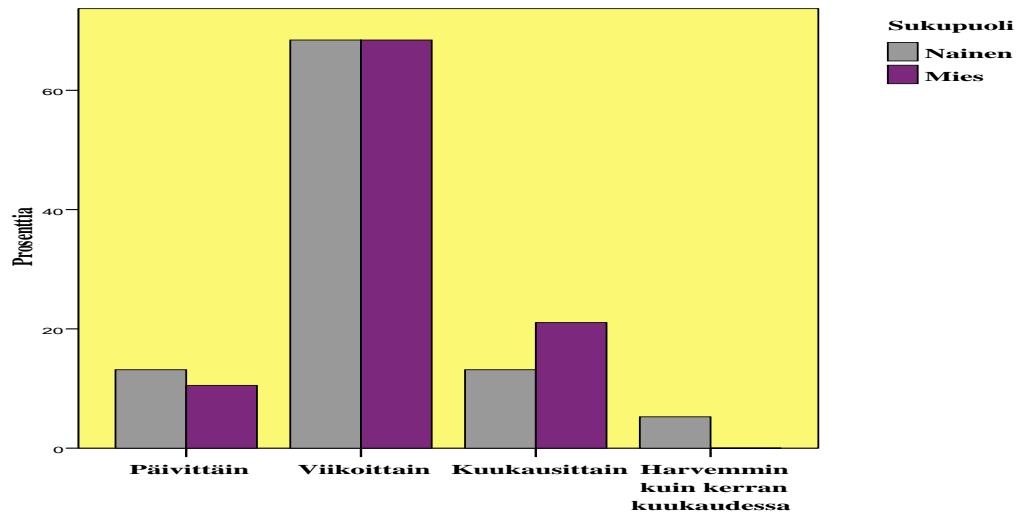
Kuvio 8. Oma arvio liikuntakyvystä.

Naisista 87 % ja miehistä 74 % ei ole kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana (kuvio 9).



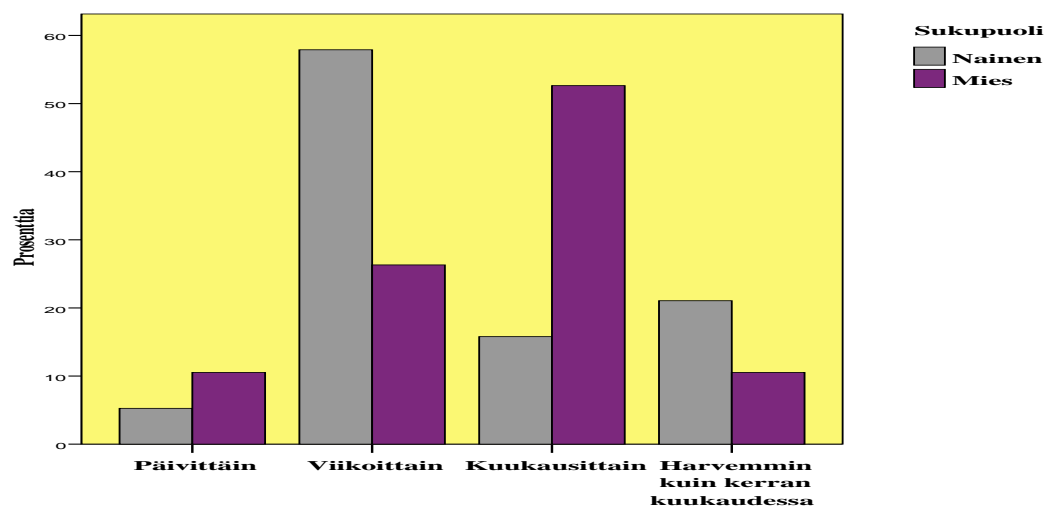
Kuvio 9. Kaatuminen.

68 % naisista ja miehistä vastasi, että heidän luona vieraillaan viikoittain (kuvio 10). 5 % naisista vastasi, että heidän luona vieraillaan harvemmin kuin kerran kuukaudessa, vastaava luku miehillä on 0 %.



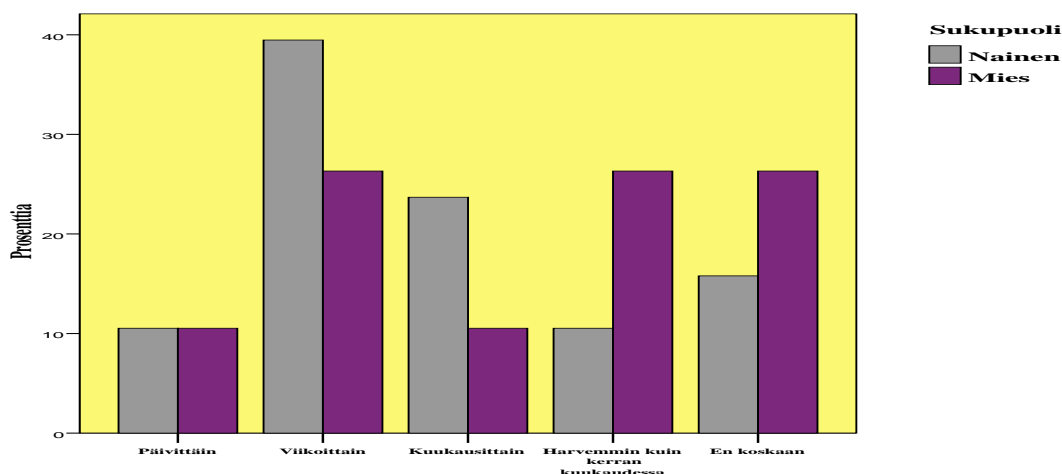
Kuvio 10. Vierailut haastateltavan luona.

Naisista 58 % ja miehistä 26 % vierailee jonkun toisen luona viikoittain (kuvio 11). 21 % naisista ja 10 % miehistä vierailee harvemmin kuin kerran kuukaudessa.



Kuvio 11. Vierailut jonkun toisen luona.

Naisista 39 % ja miehistä 26 % osallistuu vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella viikoittain (kuvio 12). Vapaa-ajan toimintaan ei koskaan osallistu 16 % naisista ja 25 % miehistä.



Kuvio 12. Vapaa-ajan toimintaan osallistuminen kodin ulkopuolella.

Kysyttäessä portaiden käyttöön liittyvistä ongelmista 84 % naisista ja 95 % miehistä vastasi, ettei portaiden käyttöön liity ongelmia (taulukko 3). Vain 5 %:lla miehistä ja 16 %:lla naisista ilmenee ongelmia portaiden käytössä.

Taulukko 3. Portaiden käyttö.

	Sukupuoli		Yhteensä
	Nainen	Mies	
Liittyykö portaiden käyttöön ongelmia? Ei	32 84,2%	18 94,7%	50 87,7%
Kyllä	6 15,8%	1 5,3%	7 12,3%
Yhteensä	38 100,0%	19 100,0%	57 100,0%

6 POHDINTA

Tutkimuksen päätarkoituksena oli selvittää, miten 75-vuotiaat kemiläiset kokevat oman terveydentilansa ja toimintakykynsä. Lisäksi tutkimme ikääntyneiden sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Tulosten perusteella kemiläiset 75-vuotiaat kokevat oman terveydentilansa hyväksi. Toimintakyvyn kokemiseen liittyen emme saaneet suoraa vastausta. Sen sijaan kysyttäessä arviota omasta liikuntakyvystä, suurin osa kokee sen hyväksi. Suurimmalla osalla ei ollut ongelmia portaiden käytössä ja myöskään suurin osa haastateltavista ei ole kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana. Lisäksi useimmat 75-vuotiaista harrastavat liikuntaa päivittäin tai ainakin viikoittain. Tämän perusteella voimme todeta, että haastateltavien toimintakyky on hyvä.

Haastatteluun osallistui enemmän naisia kuin miehiä. Mielestämme naisten suurempi osallistujamäärä selittyy sillä, että naiset ovat kiinnostuneempia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan sekä he elävät keskimäärin pidempään kuin miehet. Lisäksi naisille terveyspalveluiden käyttö voi olla luontevampaa, koska suurin osa on käyttänyt äitiysneuvolan palveluja.

Olimme kiinnostuneet saaman selville, onko sosiaalisella verkostolla vaikutusta omaan koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Sosiaalisen verkoston ja koetun terveyden sekä toimintakykyyn välinen vaikutus ei osoittautunut niin selväksi kuin alun perin oletimme. Mielestämme tämä johtuu siitä, että haastateltavien hyvän toimintakyvyn vuoksi he eivät ole niin riippuvaisia sosiaalisesta verkostosta.

Tässä tutkimuksessa omaa terveydentilaa kysyttäessä miehistä 63 % vastasi sen olevan melko hyvä kun taas naisista vain 26 % kokee terveydentilansa melko hyväksi. Yllättävää oli se, että suuremmalla osalla miehistä kuin naisista jokin asia huolestutti omassa terveydessä, vaikka he kokivat oman terveytensä paremmaksi kuin naiset. Reilusti yli puolet naisista vastasi, ettei heitä huolestuta oma terveydentilansa. Näin ollen mielestämme miesten vastaukset ovat ristiriidassa keskenään. Tutkimuksessamme kävi ilmi, että yli puolella sekä miehillä että naisilla terveydentilanne on pysynyt samanalaisena edelliseen vuoteen verrattuna. Tämä voi johtua siitä, että 75-vuotiaiden toimintakyky ja voimavarat riittävät itsestä huolehtimiseen sekä terveyden

ylläpitämiseen. Saamamme tutkimustulokset ovat samankaltaisia kuin kansanterveyslaitoksen tekemä tutkimus vuonna 2003, jossa tutkittiin suomalaisten 65-84 -vuotiaiden terveyskäyttäytymistä ja terveyttä. (Häkkinen & Holma 2004, 36.)

58 % miehistä harrastaa liikuntaa päivittäin. Sama osuus heistä arvioi liikuntakykynsä melko hyväksi. Naisilla tulos on hyvin samankaltainen. Tästä voidaan päätellä, että 75-vuotiaat ovat fyysisesti aktiivisia eikä miesten ja naisten välillä ole juurikaan eroa.

Tulosten mukaan suurimman osan sekä miesten että naisten luona vieraillaan viikoittain mutta naiset ovat aktiivisempia vierailemaan jonkun toisen luona kuin miehet. Vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella osallistumista kysyttäessä naiset osoittautuvat jonkin verran aktiivisemmiksi miehiin verrattuna. Tämä voi selittyä sillä, että naiset ovat kautta aikojen kokoontuneet yhteen esimerkiksi ompeluseurojen merkeissä kun taas miehet ovat perinteisesti hoitaneet työn ja sitä kautta perheen toimeentulon.

Kuntaliiton haastattelulomakkeella on tarkoitus kerätä tietoa muun muassa koetusta terveydestä ja toimintakyvystä. Yhtenä tavoitteenamme oli selvittää millaiseksi 75-vuotiaat kokevat oman toimintakykynsä. Kuitenkaan lomakkeessa ei ole suoraa kysymystä koettuun toimintakykyyn liittyen ja näin ollen emme saaneet suoraa vastausta tutkimuskysymykseemme.

Tutkimusprosessimme aikana huomasimme haastattelulomakkeessa muutamia kehitettäviä asioita. Esimerkiksi kysymykset voisivat olla loogisemmin jaoteltu; apuvälineiden käyttöön liittyvä kysymys kuuluisi mielestämme terveydentila ja toimintakyky-osioon kun se nyt on osiossa asuminen. Joidenkin kysymysten vastausvaihtoehdot ovat mielestämme huonoja, esimerkiksi kysymyksessä *Nukutteko yleensä hyvin?* vastausvaihtoehtoina ovat: 1. *Kyllä, ilman unilääkkeitä*, 2. *Kyllä, unilääkkeen kanssa, minkä?*, 3. *Miten kauan on käyttänyt unilääkettä?* ja 4. *En, millaisia univaikeuksia teillä on?*. Eli tämän kysymyksen vastausvaihtoehdot sisältävät lisäkysymyksen, joka liittyy unilääkkeiden käyttöön. Mielestämme unilääkkeiden käyttö tulisi olla omana erillisenä kysymyksenä. Tällaisten kysymysten vuoksi havaintomatriisin tekeminen SPSS-ohjelmalla oli haastavaa ja aikaavievää. Haastattelulomakkeesta puuttuu kokonaan alkoholin käyttöön liittyvät kysymykset, jotka meidän mielestämme ovat hyvin olennaista tietoa ikääntyneen terveyteen ja

toimintakykyyn liittyen. Olisi hyvä varhaisessa vaiheessa puuttua ongelmakäyttöön, koska varsinkin naisten alkoholiongelmat ovat lisääntyneet 2000-luvun aikana (Tippavaara 2010).

Haastattelulomakkeessa ravitsemukseen liittyviä kysymyksiä oli ainoastaan yksi, joka sijaitsee asumiseen liittyvien kysymysten joukossa. Ravitsemuksesta olisi saanut olla oma osionsa, jossa kysytään monipuolisemmin ikääntyneen päivittäisestä aterioimisesta. Näin ollen saataisiin paremmin tietoa haastateltavan ravitsemustilasta. Mielestämme ravitsemus vaikuttaa olennaisesti ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn.

Tämän tutkimuksen myötä saimme uutta tietoa kemiläisten 75-vuotiaiden terveydentilasta, toimintakyvystä sekä sosiaalisesta verkostosta. Jatkotutkimuksena hyvinvointia edistävä kotikäynti olisi hyvä toteuttaa esimerkiksi viiden vuoden kuluttua samoille ihmisille heidän ollessa 80-vuotiaita, jolloin saataisiin tietoa heidän kotona selviytymisestään sekä mahdollisista muutoksista terveydentilassa ja toimintakyvyssä. Lisäksi jatkotutkimuksessa voitaisiin arvioida, onko hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä ennaltaehkäisevä vaikutus ikääntyneen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Mielestämme hyvinvointia edistävät kotikäynnit olisi tärkeä saada osaksi Kemian kaupungin sosiaali- ja terveystalvveluita. Luultavasti näin saataisiin paremmin tavoitettua kaikki kohderyhmään kuuluvat ja ohjattua heidät tarvittaessa oikeiden palveluiden piiriin. Emme pystyneet tällä tutkimuksella osoittamaan sosiaalisen verkoston vaikutusta koettuun terveyteen sekä toimintakykyyn. Mielestämme tämä olisikin hyvä ja mielenkiintoinen jatkotutkimus-aihe.

Opinnäytetyöprosessi oli itsessään merkittävä oppimiskokemus. Prosessin alku oli hankala, koska aiheemme vaihtui muutaman kerran ennen kuin päädyimme alkuperäiseen suunnitelmaan. Ammattikorkeakoulu-tasaisen opinnäytetyön tekeminen oli meille kaikille ensimmäinen kerta, joka myös vaikeutti prosessin alkuvaihetta. Meidän olisi pitänyt perehtyä jo aikaisemmassa vaiheessa Kuntaliiton haastattelulomakkeen sisältöön, jolloin olisimme asettaneet tutkimuskysymykset toisin. Opimme, millainen tutkimusprosessi voi kokonaisuudessaan olla sekä sen, millaista on olla tutkijana ja saavuttaa uutta tutkimustietoa. Haastavaa opinnäytetyöprosessissa oli myös SPSS – ohjelman käytön opettelu, sillä emme olleet juuri aikaisemmin perehtyneet kyseiseen ohjelmaan. Tästä johtuen aikaa kului paljon ohjelman käytön

harjoittelemisessa. Koko opinnäytetyön prosessin aikana olemme oppineet hyväksymään tehdyt virheet ja korjaamaan ne lannistumatta.

Opinnäytetyötä työstäessämme olemme kohdanneet ryhmätyöskentelyn haasteet. Ryhmässä työskennellessä on kyettävä tekemään kompromisseja, kuunneltava ja hyväksyttävä toisten mielipiteet. Haasteena on ollut myös aikataulutus, koska on pitänyt ottaa huomioon kolmen ihmisen elämänrytmi. Olemme onnistuneet prosessin aikana hyvin pitämään aikatauluista kiinni sekä tekemään työnjako mahdollisimman tasapuolisesti kaikille. Kaiken kaikkiaan olemme tyytyväisiä siihen, että saimme saatettua opinnäytetyöprosessin loppuun vaikeuksista huolimatta.

LÄHTEET

Binstock, Robert H. & George, Linda K. 2009. Handbook of aging and the social sciences. 6. painos, Lontoo 2009.

Duodecim Terveyskirjasto 2011. Hakupäivä 29.5.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903>

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos, Helsinki 2004.

Leinonen, Raija 2008. Terveiden kokeminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos, Keuruu 2008.

Hietanen, Anne & Lyyra Tiina- Mari 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki 2003

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. Painos, Hämeenlinna 2010.

Häkkinen, Hannele & Holma, Tupu 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki 2004.

Häkkinen, Hannele 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki 2002.

Häkkinen, Hannele 1999. Vanhusten sosiaaliturva Tanskassa ja Saksassa. Esimerkkeinä Kuopion, Mikkelin ja Vantaan ystävyyskunnat. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1999.

Kansanterveyslaitos julkaisuja 1/2006, Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Hakupäivä 29.10.2012.
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b1.pdf>

Koskinen, Simo & Hakapää, Liisa & Maranen, Pirkko & Piekkari, Jouni 2007. Kolmasikäisten elämää pohjoisissa kaupungeissa. KaupunkiElvi- hankkeen tutkimustuloksia. Rovaniemi 2007.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä 2006.

Lyyra, Tiina-Mari & Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo 2007. Vanheneminen ja terveys. 2007.

Pohjolainen, Pertti. Fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti, Helsinki. Hakupäivä 7.8.2012.

<<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58>>

Pohjolainen, Pertti & Heimonen, Sirkkaliisa 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. Oraita 1/2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Hakupäivä 26.4.2012.

<<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012. Hakupäivä 18.4.2012.

<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit>

Tilastokeskus 2012. Hakupäivä 27.10.2012.

<http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html>

Tippavaara 2010. Hakupäivä 3.11.2012.

<http://www.tippavaara.info/projektissamme_tapahtunutta/yli_60-vuotiaiden_naisten_alkoholiongelmien_kovassa_kasvussa/?session=49265526>

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä 2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Hakupäivä 26.4.2012.

<<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>>

LIITTEET

Liite 1. Suomen Kuntaliitto, Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishanke.
Haastattelulomake

Liite 2. Tutkimuslupa-anomus.

Liite 3. Opinnäytetyön hankkeistussopimus.

LIITE1

Suomen Kuntaliitto, Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishanke
HAASTATTELULOMAKE

31.8.2004

EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT VANHUKSILLE

Kuntakoodi _____ Pvm _____

Asiakasnumero tai nimi _____

Sukupuoli nainen ☐ mies ☐ Syntymävuosi _____

A. Asuminen*1. Miten asutte?*

- 1.1 ☐ Yksin
1.2 ☐ Puolison kanssa
1.3 ☐ Jonkun muun kanssa, kenet _____

2. Missä asutte?

- 2.1 ☐ Omakoti- tai maalaistalossa
2.2 ☐ Rivitalossa
2.3 ☐ Kerrostalossa, hissillinen
2.4 ☐ Kerrostalossa, hissitön, mikä asuinkerros _____
2.5 ☐ Muu, mikä _____

3. Liittykö portaiden käyttöön ongelmia?

- 3.1 ☐ Ei
3.2 ☐ Kyllä, millaisia? _____

4. Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet?

- | | Kyllä | Ei |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 Vesijohto sisälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Suihku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Sauna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Onko asunnossanne palovaroitin?

- 5.1 ☐ Ei
5.2 ☐ Kyllä
5.2.1 ☐ Pystyn vaihtamaan paristot itse palovaroittimeen
5.2.2 ☐ En pysty itse vaihtamaan paristoja palovaroittimeen
5.2.3 ☐ _____ vaihtaa paristot palovaroittimeen

6. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoon?

- 6.1 ☐ Hyvin tyytyväinen
6.2 ☐ Melko tyytyväinen
6.3 ☐ Melko tyytymätön
6.4 ☐ Hyvin tyytymätön

7. Mitä muutostöitä tai korjauksia asuntoon tarvitaan?

- 7.1 ☐ Kynnysten poisto
7.2 ☐ Ammeen poisto
7.3 ☐ Tukikaiteiden asennus
7.4 ☐ Liuska portaiden tilalle/viereen
7.5 ☐ Valaistuksen parantaminen
7.6 ☐ Ovien levitys
7.7 ☐ Muu, mikä? _____
7.8 ☐ En kaipaa muutoksia asuntooni.

8. Toimitteko omaishoitajana ja hoidatteko?

8.1 ☐ En ole omaishoitaja8.2 ☐ Kyllä, ketä hoidatte _____

9. Keneltä saatte säännöllistä apua tarvitessanne?

Kyllä

Ei

9.1 Puolisolta

☐☐

9.2 Lapselta/lapsilta

☐☐

9.3 Ystäviltä, tuttavilta

☐☐

9.4 Naapureilta

☐☐

9.5 Kunnan kotipalvelusta

☐☐

9.6 Yksityiseltä yrittäjältä

☐☐

9.7 Muualta, keneltä _____

9.8 Millä tavalla otatte yhteyttä apua tarvitessanne?

9.8.1 ☐ puhelimella9.8.2 ☐ käymällä9.8.3 ☐ muuten, miten? _____

10. Käytättekö apuvälineitä?

Kyllä

Ei

10.1 Kävelykeppi

☐☐

10.2 Rollaattori

☐☐

10.3 Pyörätuoli

☐☐

10.4 Turvapuhelin

☐☐

10.5 Turvaranneke

☐☐

10.6 Näön apuvälineet

☐☐

10.7 Kuulon apuvälineet

☐☐

10.8 Tukitangot ja kaiteet

☐☐

10.9 Ruokailun apuvälineet

☐☐

10.10 Peseytymisen apuvälineet

☐☐

10.11 Korotukset

☐☐

10.12 Muu apuväline, mikä _____

10.13 ☐ En käytä apuvälineitä.

11. Matka palvelujen ääreen

11.1 Kauppa _____ km

11.2 Posti _____ km

11.3 Pankki _____ km

11.4 Apteekki _____ km

11.5 Kunnan virastotalo _____ km

11.6 Julkisen liikenteen pysäkki _____ km

11.7 Lääkäri/terveyskeskus _____ km

B. Terveydentila ja toimintakyky

12. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

12.1 ☐ Erittäin hyvä12.2 ☐ Melko hyvä12.3 ☐ Tyydyttävä12.4 ☐ Melko huono12.5 ☐ Huono

13. Millainen terveydentilanne on nyt edellisvuoteen verrattuna?

13.1 ☐ Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten13.2 ☐ Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten13.3 ☐ Jokseenkin samanlainen13.4 ☐ Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten13.5 ☐ Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

14. Mitä sairauksia teillä on todettu?

15. Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

15.1 ☐ Ei15.2 ☐ Kyllä, mikä _____

16. Tunnetteko itsenne?

	Usein	Harvoin	En koskaan
16.1 Yksinäiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 Murheelliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 Turvattomaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4 Pelokkaaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5 Väsyneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6 Elämään tyytyväiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pelkäättekö turvallisuutenne puolesta

a) kotona?

17.1 ☐ En17.2 ☐ Kyllä, miksi _____

b) kodin ulkopuolella?

17.3 ☐ En17.4 ☐ Kyllä, miksi _____

18. Nukutteko yleensä hyvin?

18.1 ☐ Kyllä, ilman unilääkettä18.2 ☐ Kyllä, unilääkkeen kanssa, minkä? _____18.3 ☐ Miten kauan on käyttänyt unilääkettä? _____18.4 ☐ En, millaisia univaikeuksia teillä on? _____

19. Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti?

19.1 ☐ En käytä lääkkeitä säännöllisesti.19.2 ☐ Kyllä, käytän seuraavia lääkkeitä _____19.3 ☐ Jos käytössänne on lääkkeitä, olisitteko halunnut enemmän opastusta

19.3.1 Lääkkeiden käyttötarkoituksesta

☐ kyllä☐ en

19.3.2 Lääkkeiden annostuksesta

☐ kyllä☐ en

19.3.3 Muusta, mistä _____

20. Kuinka usein harrastatte liikuntaa (esim. vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä, voimistelua tai näihin verrattavissa olevaa työliikuntaa kuten portaissa kulkemista tai pihatöitä)? Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.

20.1 ☐ Päivittäin20.2 ☐ Viikoittain (1–3 krt/viikko)20.3 ☐ Vähemmän kuin kerran viikossa

21. Millaiseksi arvioitte oman liikuntakykynne?

21.1 ☐ Erittäin hyvä21.2 ☐ Melko hyvä21.3 ☐ Tyydyttävä21.4 ☐ Melko huono21.5 ☐ Huono

22. Jos liikuntakykynne on heikentynyt, mikä siihen on mielestänne syynä?

23. Miten tavallisesti liikutte?

- 23.1 ☐ Kävelen
 23.2 ☐ Pyörällä
 23.3 ☐ Omalla autolla
 23.4 ☐ Sukulaisten/tuttavien kyydissä
 23.5 ☐ Julkisilla kulkuneuvoilla
 23.6 ☐ Palvelulinjalla
 23.7 ☐ Kimpakyydillä
 23.8 ☐ Taksilla
 23.9 ☐ Muuten, miten? _____

24. Selviydtekö seuraavista tilanteista?

Kyllä En Mitä apua tarvitsette?

- 24.1 Tuolilta/sängystä ylös ☐ ☐
 24.2 Liikkumisesta asunnossa ☐ ☐
 24.3 Kylvyistä/suihkusta ☐ ☐
 24.4 Portaat ylös toiseen kerrokseen ☐ ☐
 24.5 Ulos asunnostanne ☐ ☐
 24.6 Liikkumisesta ulkona ☐ ☐

25. Oletteko kaatunut viimeisen kuuden kuukauden aikana?

- 25.1 ☐ En
 25.2 ☐ Kyllä, missä (ulkona, sisällä) ja miten usein kaaduitte? _____

25.3 Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne, miten? _____

25.4 Mikä on oma arvionne kaatumisen syistä? _____

26. Millainen ruokahalunne on yleensä?

- 26.1 ☐ Hyvä
 26.2 ☐ Huono, syy _____

Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?

- 26.3 ☐ Kyllä yleensä
 26.4 ☐ En yleensä, miksi _____

C. Aistit: näkö ja kuulo

27. Näettekö lukea sanomalehtitehtäviä?

- 27.1 ☐ Sujuvasti ilman silmälaseja
 27.2 ☐ Sujuvasti silmälasien kanssa
 27.3 ☐ Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä
 27.4 ☐ Vain lehden isot otsikot
 27.5 ☐ En pysty lukemaan lehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi
 27.6 ☐ Olen näkövammaisen/sokea.

28. Onko heikentynyt näköne haitannut päivittäistä elämää muuten?

- 28.1 ☐ Ei
 28.2 ☐ Kyllä, miten _____

29. Millainen kuulonne on?

- 29.1 ☐ Hyvä
 29.2 ☐ Heikentynyt
 29.2.1 ☐ Ei ole kuulolaitetta
 29.2.2 ☐ Käytän kuulolaitetta
 29.2.3 ☐ Kuulen hyvin kuulolaitteella

29.2.4 ☐ Kuulen huonosti kuulolaitteella29.2.5 ☐ En käytä, miksi en _____29.3 ☐ Kuuro29.3.1 ☐ Tarvitsen tulkkia

30. Kuuletteko seuraavat äänet?

Kyllä

En

Ei ole/en käytä

30.1 Ovikello

☐☐☐

30.2 Puhelinsoitto

☐☐☐

30.3 Puhelinkeskustelu

☐☐☐

30.4 Herätyskello

☐☐☐

30.5 Palovaroin

☐☐☐

30.6 TV, radio

☐☐☐

30.7 Normaali puhe

☐☐☐**D. Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen**

31. Kuinka usein luonanne vieraillaan/käydään?

31.1 ☐ Päivittäin31.2 ☐ Viikoittain31.3 ☐ Kuukausittain31.4 ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa31.5 ☐ Ei koskaan

32. Kuinka usein vieraillette tai käytte jonkun toisen luona?

32.1 ☐ Päivittäin32.2 ☐ Viikoittain32.3 ☐ Kuukausittain32.4 ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa32.5 ☐ En koskaan

33. Kuinka usein olette puhelimitse yhteydessä sukulaisiinne, läheisiinne tai tuttavienne?

33.1 ☐ Päivittäin33.2 ☐ Viikoittain33.3 ☐ Kuukausittain33.4 ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa33.5 ☐ En koskaan

34. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella, esim. päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, elokuvat, teatterit, näyttelyt, museot, kirjasto, ohjattu liikunta?

34.1 ☐ Päivittäin34.2 ☐ Viikoittain34.3 ☐ Kuukausittain34.4 ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa34.5 ☐ En koskaan

35. Onko teillä vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella, jos on, millaisia?

E. Kotiaskareista selviytyminen

36. Selviydtekö omin voimin seuraavista toiminnoista?

Kyllä

En

Mitä apua tarvitsette?

36.1 Kaupassakäynnistä

☐☐

36.2 Pankkiasioista

☐☐

36.3 Kevyistä kotitöistä (imurointi, tiskaus, pyykinpesu)

☐☐

36.4 Raskaista kotitöistä (ikkunoiden pesu, tilavaatteiden tuuletus, mattojen pudistelu, puulämmitys)

☐☐

37. Kuka huolehtii pienistä korjauksista (sähkölampun vaihto, sulakkeet) asunnossanne?

- 37.1 ☐ Korjaan itse
 37.2 ☐ Puoliso huolehtii
 37.3 ☐ Lapset tai sukulaiset
 37.4 ☐ Ystävät, tuttavat, naapurit
 37.5 ☐ Talonmies, huoltomies
 37.6 ☐ Palkattu yrittäjä

F. Toimeentulo

38. Riittävätkö tulonne elämiseen, kun otatte huomioon kaikki saamanne tulot ja tuet?

- 38.1 ☐ Hyvin
 38.2 ☐ Kohtalaisesti
 38.3 ☐ Huonosti

39. Tunnetteko, että teillä on tarpeeksi tietoa seuraavista asioista?

Kyllä En

- 39.1 Asumistuki
 39.2 Eläkkeensaajan hoitotuki
 39.3 Kotitaloustyön verovähennys
 39.4 Terveystuellaan asiakasmaksukatto
 39.5 Omaishoidon tuki
 39.6 Toimeentulotuki

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Viestintäyhteydet

40. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?

Säännöllisesti Silloin tällöin En koskaan Ei ole

- 40.1 Postikortti/kirje
 40.2 Lankapuhelin
 40.3 Matkapuhelin (kännykkä)
 40.4 Internet
 40.5 Sähköposti

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Tulevaisuus

41. Mitä mieltä olette nykyisestä elämäntilanteestanne?

42. Mitä mieltä olette nykyisestä asuinympäristöstänne?

43. Millaista apua ja tukea haluatte, jotta voisitte asua kotona mahdollisimman tasapainoisesti?

44. Mitä terveisiä haluatte esittää kunnalle?

45. Hahuaisitteko, että teille tehdään myöhemmin (puolen vuoden sisällä) tarkempi tutkimus tai selvitys?

Kyllä Ei

- 45.1 Terveystilasta
 45.2 Toimintakyvystä
 45.3 Muistista
 45.4 Apuvälineistä
 45.5 Muusta, mistä _____
 45.6 ☐ En halua tarkempia tutkimuksia.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastattelijalle)

Haastateltavan nimi _____

ja puhelinnumero _____ Pvm _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastatteli ottaa yhteyttä
Omalääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitajaan/kotisairaanhoidoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotipalveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnan päiväkeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eläkeläisjärjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisäksi sovittiin, että kotikäynnin suorittaja/sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustaja soittaa/ei soita haastateltavalle noin kahden kuukauden kuluttua ja tiedustelee sovittujen asioiden toteutumisesta. (tarpeeton yliviivataan)

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- ☐ haastateltavan sosiaali- ja terveysten palvelujen tarpeen niin edellyttäessä haastatteli voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. omalääkäri tai sosiaalityöntekijä)

ja että

- ☐ tällä kotikäynnillä haastattelu- ja yhteenvetolomakkeeseen kirjattuja tietoja voidaan palvelujen tarpeen niin edellyttäessä siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suostumusta tietojen tallentamiseen ei välttämättä tarvita silloin, kun ehkäisevä kotikäynti on vakiintunut osa kunnan kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimintaa.

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä _____

Haastateltavan allekirjoitus _____

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastateltavalle)

Haastateltavan nimi _____ Pvm _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

Haastattelijan nimi ja puhelinnumero _____

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä
Omalääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitajaan/kotisairaanhoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotipalveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnan päiväkeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eläkeläisjärjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisäksi sovittiin, että kotikäynnin suorittaja/sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustaja soittaa/ei soita haastateltavalle noin kahden kuukauden kuluttua ja tiedustelee sovittujen asioiden toteutumisesta. (tarpeeton yliviivataan)

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- ☐ haastateltavan sosiaali- ja terveystarpeiden tarpeen niin edellyttäessä haastattelija voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. omalääkäri tai sosiaalityöntekijä)

ja että

- ☐ tällä kotikäynnillä haastattelu- ja yhteenvetolomakkeeseen kirjattuja tietoja voidaan palvelujen tarpeen niin edellyttäessä siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suostumusta tietojen tallentamiseen ei välttämättä tarvita silloin, kun ehkäisevä kotikäynti on vakiintunut osa kunnan kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimintaa.

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä _____

Haastateltavan allekirjoitus _____

LIITE 2

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

Hanna Isto
Jenni Pirttimaa
Kati Pohjanen

Tutkimusluvan anominen

Olemme kolmannen vuoden geronomiopiskelijoita Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme 75-vuotiaiden kemiläisten terveyden ja toimintakyvyn kokemista hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä 2011. Tutkimusta varten tarvitsemme Kemin kaupungilta tutkimusluvan.

Kemissä 18.5.2012

Raika Hannu

LIITE 3

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat täällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

Toimeksiantaja			
Nimi	KEMIN KAUPUNKI, VANHUS-JÄRVÄNNAISPANEELIT, RAUHA HANNU		
Osoite	KESKUSPUISTIKATU 25, 94100 KEMI		
Puh.	040-5482039	Sähköpostiosoite	rauha-hannu@kemi.fi
Yhdysenkilö/työelämäohjaaja			
Nimi	RAUHA HANNU		
Osoite	KESKUSPUISTIKATU 25, 94100 KEMI		
Puh.	040-5482039	Sähköpostiosoite	rauha-hannu@kemi.fi
Oppilaitoksen tiedot			
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu			
Opinnäytetyön ohjaajan nimi			
Nimi	Sari Arolaakso - Ahola		
Osoite	Meripuistokatu 26, 94101 Kemi		
Puh.	050 310 9334	Sähköpostiosoite	sari.arolaakso-ahola@tokem.fi
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot)			
Hanna Iito, vanhustyön koulutusohjelma, hanna-leena.iito@edu.tokem.fi			
Jenni Pirttimaa, vanhustyön koulutusohjelma, jenni.pirttimaa@edu.tokem.fi			
Kati Pohjanen, vanhustyön koulutusohjelma, kati-marijana.pohjanen@edu.tokem.fi			
Opiskelijanäytetyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:			
Opinnäytetyön nimi/aihe	Kemiläisten 75-vuotiaiden toimintakyvyn ja terveyden kokeminen		
Työn aikataulu	Valmis 29.10.2012 mennessä		
Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa			
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa			

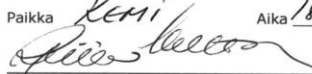

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- ☐ Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☐ Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☐ Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty kappaleena, yksi jokaiselle sopijapuolelle.

Paikka Kemi Aika 18.5.2012

AMK:n edustaja Toimeksiantajan edustaja

Hanna Iito Jenni Pirttimaa Kati Pohjanen

Opinnäytetyön tekijä(t)